

Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

AMZ	Arbeits medizinisches Zentrum
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AT	österreichische Schilling
BBG	Bundesheschaffung GmH
BM...	Bundesministerium ...
BMASK	für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMF	für Finanzen
BMG	für Gesundheit
BMGF	für Gesundheit und Frauen
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
etc.	et cetera
EUR	Euro
exkl.	exklusive
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IKS	Internes Kontrollsystem
inkl.	inklusive
IT	Informationstechnologie
k.A.	keine Angabe
Mio.	Million(en)
o.a.	oben angeführt
ÖBB	Österreichische Bundesbahnen
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
PKW	Personenkraftwagen
rd.	rund
RH	Rechnungshof
TZ	Textzahl(en)

Abkürzungen

**R
H**

u.a.	unter anderem
USt	Umsatzsteuer
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VZÄ	Vollzeitäquivalent
z.B.	zum Beispiel



BMF BMG

Wirkungsbereich der Bundesministerien für Finanzen Gesundheit

Wellcon Gesellschaft für Prävention und Arbeitsmedizin GmbH

Die Geschäftsführung der Wellcon Gesellschaft für Prävention und Arbeitsmedizin GmbH wechselte in den Jahren 2006 bis 2011 fünf Mal; die vorzeitige Auflösung der Verträge war mit hohen Zusatzkosten verbunden.

Wesentliche Gesellschafterbeschlüsse wurden zumeist in Form von Umlaufbeschlüssen ohne Einbindung der Vertreter der Aufsichtsbehörden getroffen. Wichtige Unterlagen aus den Jahren 2006 und 2007 waren zum Teil nicht auffindbar. In einigen Fällen bezahlte die Wellcon einlangende Rechnungen, auch wenn die vertraglichen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen.

Außer im Jahr 2006 war das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit stets positiv; die Umsätze wiesen leicht steigende Tendenz auf.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Überprüfung der Wellcon Gesellschaft für Prävention und Arbeitsmedizin GmbH (Wellcon) war die Beurteilung der Aufgabenerfüllung, der finanziellen Lage, des Personaleinsatzes und der Verwaltungsstruktur. (TZ 1)

Die Wellcon wurde aufgrund einer Stichprobe nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Dieses Verfahren bezieht auch Rechtsträger ein, die nach dem sonst risikoorientierten Auswahlverfahren (z.B. wegen ihres geringen Gebarungsumfangs) nicht überprüft würden. Der RH wendet dieses Verfahren an, um seine präventive und beratende Wirkung zu verstärken. (TZ 1)

Kurzfassung

Gesellschaftsvertrag

Die Wellcon wurde mit Gesellschaftsvertrag vom 5. November 1997 gegründet. Gegenstand des Unternehmens ist das Anbieten und Erbringen von Präventivdienstleistungen im Sinne der Arbeitnehmerschutzgesetzgebung. Am Stammkapital in Höhe von 875.000 EUR sind die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) zu 66 % und die ÖBB-Shared Service Center Gesellschaft mbH zu 34 % beteiligt; Stammeinlagen der Gesellschafter von 10.448,98 EUR waren noch ausständig. (TZ 2)

Die Regelungen zu den Werkverträgen und den freien Dienstverträgen im Gesellschaftsvertrag waren unklar. Die Geschäftsführer hatten für bestimmte im Gesellschaftsvertrag angeführte Geschäfte und Maßnahmen die Zustimmung mittels Gesellschafterbeschlusses einzuholen. Die dafür geltenden Wertgrenzen unterlagen einer Wertsicherung; diese war nicht richtig berechnet und nicht dokumentiert. Wesentliche Beschlüsse, wie die Bestellung von Geschäftsführern oder die Auflösung ihrer Dienstverhältnisse, wurden zumeist in Form von Umlaufbeschlüssen ohne Einbindung der Vertreter der Aufsichtsbehörden gefasst. (TZ 3, 4)

Personalwesen

Bestellung der Geschäftsführer

In den Jahren 2006 bis 2011 wechselte die Geschäftsführung der Wellcon fünf Mal; die vorzeitige Auflösung der Verträge war mit hohen Zusatzkosten, insbesondere für freiwillige Abfertigungen, Bonuszahlungen bzw. Beraterverträge, verbunden. Die Kündigungsfristen, die Regelungen für die Valorisierung der Bezüge und die Gewährung von Bonifikationen waren großzügiger als in der Vertragsschablonenverordnung des Bundes – im Sinne einer best practice-Umsetzung¹ – vorgesehen. Zum Teil unterblieben die erforderlichen Ausschreibungen bzw. Veröffentlichungen im Zusammenhang mit Geschäftsführerbestellungen. Zielvereinbarungen hatten nicht immer objektiv bewertbare Ziele zum Inhalt. (TZ 5 bis 9)

Bonuszahlungen an angestellte Ärzte

Die Wellcon gewährte einer leitenden Ärztin die Bonifikationen von jeweils 11.200 EUR für die Jahre 2010 und 2011, obwohl für diese Jahre keine Zielvereinbarungen abgeschlossen worden waren. Einer anderen leitenden Ärztin gewährte die Wellcon monatliche – nicht

¹ Bericht des RH über Managerverträge, Reihe Bund 2011/7

rückerstattbare – Akontozahlungen auf den vollen Jahresbonus von 13.440 EUR. (TZ 10)

Bonuszahlungen an Werkvertragsärzte

Zwei Werkvertragsärzten gewährte die Wellcon eine Bonuszahlung pro geleisteter Arbeitsstunde (zwischen rd. 5.100 EUR und 8.800 EUR im Jahr), obwohl die vertraglich vereinbarten Voraussetzungen dafür nicht vorlagen. (TZ 11)

Verträge mit Sicherheitsfachkräften

Die Abrechnungen mit den Sicherheitsfachkräften erfolgte nicht immer zu den vereinbarten Bedingungen. (TZ 12)

Vergütung von Reisekosten

Oftmals verwiesen die Dienstverträge bezüglich der Vergütung der Reisekosten auf unternehmensinterne Richtlinien, solche lagen jedoch nicht vor. Nach den mit Ärzten abgeschlossenen Werkverträgen waren die Reisekosten mit dem Honorar pauschal abgegolten; andere Werkvertragsnehmer, wie z.B. Sicherheitsfachkräfte, konnten hingegen Reisekosten gesondert in Rechnung stellen. (TZ 13)

Versteuerung von Firmenparkplätzen

Die Wellcon stellte einigen Firmenangehörigen Parkplätze unentgeltlich zur Verfügung, ohne in der Lohnverrechnung den entsprechenden Sachbezug zu berücksichtigen. (TZ 14)

Leistungserbringung

Leistungsangebot

Die angebotenen Leistungen waren wegen der flexiblen Leistungsangebote und einer flexiblen Leistungsgestaltung speziell für die Eigentümerunternehmen zweckmäßig. Eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einzelner Geschäftsfelder war aufgrund der erst im Aufbau befindlichen Kosenrechnung nicht möglich. (TZ 16)

Erfassung und Abrechnung der Leistungen

Durch eine fehlende Periodensperre für Buchungen in die Abrechnungsperiode konnten Differenzen zwischen den im Leistungserfassungssystem erfassten und den fakturierten Leistungen im Buchhaltungssystem entstehen. (TZ 17)

Mit wenigen Ausnahmen stellten die Kunden keine Leistungsbestätigungen an die Arbeitsmediziner aus. (TZ 18)

Die Fakturen der Wellcon enthielten kein Erstellungsdatum; bei Gutschriften und Storno-Rechnungen fehlten teilweise Angaben über den Grund. (TZ 19)

Da abgeschlossene Kundenaufträge bzw. Kundenprojekte zumeist keiner Erlös- und Kostenkontrolle in Form von Nachkalkulationen unterzogen wurden, war eine zuverlässige Aussage über den tatsächlichen wirtschaftlichen Erfolg von einzelnen Geschäftsfällen nicht möglich. (TZ 20)

Kundenzufriedenheitsanalyse

Obwohl die Vorbereitungsarbeiten bereits im Jahr 2009 begannen, wurde die Online-Befragung erst im Februar/März 2012 durchgeführt und der Bericht im April 2012 fertiggestellt. Die Durchführung der Analyse erfolgte schleppend und verursachte im Verhältnis zum geringen Teilnehmerkreis (Beendigungsquote 37,9 % mit 22 ausgewerteten Kunden) hohe Kosten. Rund 90 % des Gesamthonorars von 12.950 EUR bezahlte die Wellcon bereits im Vorhinein. (TZ 21)

Wirkungsorientierung und Genderaspekte

Im Bereich der Arbeitsmedizin verfügte die Wellcon über keine Wirkungskennzahlen. Bei den „Auswertungen Gesunder Rücken 2011“ nahmen Männer und Frauen teil. Eine geschlechtsspezifische Auswertung wurde nicht vorgenommen, wäre jedoch möglich gewesen. Mit dem Projekt „FIT 2015 Gesellschaftsübergreifendes BGF Projekt bei den ÖBB“, welches in den Jahren 2012 bis 2015 ablaufen wird, sind geschlechtsspezifische Auswertungen geplant. (TZ 22)

Organisation und
Verwaltung

Beratungsleistungen

Die Wellcon lagerte in den letzten Jahren zahlreiche Aufgaben aus dem Back-Office-Bereich (z.B. Buchhaltung, Lohnverrechnung, betriebswirtschaftliche Aufgaben etc.) und kurzzeitig sogar die Geschäftsführung aus. Sie nahm in den Jahren 2006 bis 2011 umfangreiche Beratungsleistungen in Anspruch, die dem Unternehmen zum Teil hohe Kosten verursachten. Die jährlichen Beratungsaufwendungen lagen zwischen rd. 115.000 EUR und rd. 458.400 EUR. Zu einigen Beratungsleistungen waren keine Unterlagen auffindbar; es fehlten zum Teil die Verträge. Die Abrechnung war mangelhaft. (TZ 15, 23 bis 25)

Ablauforganisation und Internes Kontrollsystem

Das von der Wellcon 2009 beauftragte Beratungsunternehmen gab ca. 90 Feststellungen mit entsprechenden Empfehlungen zur Effektivität des Internen Kontrollsystems in den Kernprozessen und zum internen Berichtswesen ab. Die Umsetzung einiger wichtiger Empfehlungen beim Internen Kontrollsystem und die Fertigstellung des internen Berichtswesens war noch nicht abgeschlossen. (TZ 26, 28)

Aufgrund einer Anregung des RH verbesserte die Wellcon die Verwaltung der TAN-Codes für den elektronischen Zahlungsverkehr noch während der Gebarungüberprüfung an Ort und Stelle. (TZ 27)

Buchhaltung und Lohnverrechnung

Seit 2010 führt die Wellcon neben der Finanzbuchhaltung auch die Lohnverrechnung für das Kurhaus Ferdinand Hanusch der VAEB durch; für die Abwicklung der Lohnverrechnung erhält sie einen wertgesicherten Kostensatz von 12 EUR pro abgerechnetem Mitarbeiter und Monat. Die Lohnverrechnung für die Mitarbeiter der Wellcon führt seit September 2010 eine Steuerberatungskanzlei durch; sie erhält dafür einen wertgesicherten pauschalen Honorarsatz von 15 EUR je abgerechneten Mitarbeiter und Monat auf Basis einer mündlichen Verlängerung einer von September bis Dezember 2010 bestandenen Vereinbarung. Angesichts der verhältnismäßig hohen Kosten für die externe Buchhaltungsunterstützung wäre die Erfüllung dieser Aufgaben mit eigenem Personal zweckmäßiger gewesen. (TZ 29)

Kurzfassung

Vereinzelt traten – trotz einer abschließenden Kontrolle durch eine Steuerberatungskanzlei und einer zusätzlichen freiwilligen Wirtschaftsprüfung offensichtliche – Fehlbuchungen auf. Mehrere Arbeitsplatzrechner wurden unter der selben Inventar- und Anlagennummer erfasst; diese Nummern waren zum Teil nicht auf den Geräten angebracht. (TZ 30, 31)

Informationstechnologie**IT-Beschaffung**

Im Jahr 2011 ersetzte das Unternehmen den Altbestand des IT-Equipments durch Neugeräte; das Auftragsvolumen belief sich auf rd. 160.000 EUR brutto. Die nach dem Bundesvergabegesetz 2006 vorgesehene Bekanntmachung unterblieb. (TZ 32)

IT-Betrieb

Der Serverraum war ungenügend abgesichert. Für die Mitbenützung des Serverraums der VAEB bestand keine vertragliche Grundlage. Mit der Erstellung eines IT-Notfallhandbuchs begann die Wellcon erst auf Anregung des RH. Innerorganisatorische Datenschutzvorschriften fehlten, Belehrungen der Mitarbeiter über die Vorschriften nach dem Datenschutzgesetz 2000 erfolgten nur auf freiwilliger Basis. (TZ 33)

Die Datensicherung war ungenügend. Es bestand kein Archivierungskonzept; wichtige Unterlagen, wie z.B. Verträge, Umlaufbeschlüsse etc., waren nicht mehr auffindbar. (TZ 33, 35)

Vertrags-Datenbank

Die VAEB stellte der Wellcon vereinbarungsgemäß eine Vertrags-Datenbank zur Verfügung. Wesentliche Verträge, wie die Werkverträge der Ärzte oder die Dienstverträge der Mitarbeiter, waren allerdings nicht erfasst; die Wellcon hatte auch keinen direkten Zugriff auf die Datenbank, sondern erhielt nur quartalsweise einen Auszug in Form eines Excel-Sheets. (TZ 34)

Sonstige Feststellungen

Der Zugang zum Lagerraum war unversperrt zugänglich; darin lagerten u.a. Impfstoffe in Kühlschränken, die gegen Stromausfälle nicht abgesichert waren. Temperaturspitzen konnten durch vorhandene Minimum-Maximum-Thermometer erst im Nachhinein festgestellt werden. (TZ 36)

Wirtschaftliche und finanzielle Situation

Außer im Jahr 2006 war das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit der Wellcon stets positiv; die Umsätze wiesen leicht steigende Tendenz auf. Das Geschäftskonto bei der Hauptbank mit einem Einlagenstand von mehr als 1,4 Mio. EUR war mit einem Zinssatz von lediglich 0,25 % verzinst. (TZ 37 bis 39)

Kenndaten zur Wellcon Gesellschaft für Prävention und Arbeitsmedizin GmbH						
Eigentümer	66 % Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau 34 % ÖBB-Shared Service Center Gesellschaft mbH					
Stammkapital	875.000 EUR					
Unternehmensgegenstand	Anbieten und Erbringen von Präventivdienstleistungen im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes, BGBl. 450/1994 i.d.g.F.					
Gebarung	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	in 1.000 EUR					
Anlagevermögen	560	440	402	406	338	423
Umlaufvermögen	2.027	2.361	2.858	3.265	3.379	4.054
davon						
– Kassenbestand, Schecks, Guthaben bei Kreditinstituten	263	594	637	1.509	1.878	2.102
Bilanzsumme	2.611	2.821	3.286	3.741	3.800	4.568
Umsatzerlöse	6.955	6.664	7.789	7.719	7.833	8.318
Personalaufwand inkl. Fremdpersonal	5.027	4.820	5.610	4.989	5.258	5.449
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	- 175	69	157	669	364	529
	Anzahl					
Mitarbeiter	77,1²	58,9¹	62,7¹	61,1¹	61,2¹	61,8¹
Werkvertragsnehmer²	k.A.	97	112	101	119	129

¹ in Vollzeitäquivalenten

² in Köpfen; Jahresdurchschnitt

Quellen: Geschäftsberichte Wellcon

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 Der RH überprüfte von Mai bis Juli 2012 die Gebarung der Wellcon Gesellschaft für Prävention und Arbeitsmedizin GmbH (Wellcon).

Ziel der Überprüfung war die Beurteilung der Aufgabenerfüllung, der finanziellen Lage, des Personaleinsatzes und der **Verwaltungsstruktur der Wellcon**. Die Wellcon wurde aufgrund einer **Stichprobe nach dem Zufallsprinzip ausgewählt**. Dieses Verfahren bezieht auch Rechtsträger ein, die nach dem sonst **risikoorientierten** Auswahlverfahren (z.B. wegen ihres geringen Gebarungsumfangs) nicht überprüft würden. Der RH wendet dieses Verfahren an, um seine präventive und beratende Wirkung zu verstärken.



BMF BMG

**Wellcon Gesellschaft für Prävention und
Arbeitsmedizin GmbH**

Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2006 bis 2011.

Zu dem im November 2012 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das BMF, das BMG, die VAEB und die Wellcon im Jänner 2013 Stellung. Eine Gegenäußerung des RH war nicht erforderlich.

Gesellschaftsvertrag

2.1 (1) Die Wellcon wurde mit Gesellschaftsvertrag vom 5. November 1997 gegründet.

Das Unternehmen erbringt vor allem Dienstleistungen in den Bereichen Arbeitsmedizin sowie betriebliche Gesundheitsförderung. Die Wellcon betreibt fünf Arbeitsmedizinische Zentren (AMZ) in Wien, Linz, Innsbruck, Graz und Villach.

(2) Am Stammkapital von 872.074,01 EUR² hielt die damalige Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (VAÖE)³ einen Anteil von 505.802,93 EUR, die damaligen Österreichischen Bundesbahnen (ÖBB)⁴ einen Anteil von 296.505,16 EUR und eine überparteiliche Interessenvertretung unselbstständiger Erwerbstätiger einen Anteil von 69.765,92 EUR. Die Anteile wurden zunächst nur zur Hälfte eingezahlt.

In der außerordentlichen Generalversammlung vom 26. März 2003 wurde das Stammkapital auf 875.000 EUR erhöht.

(3) Im Jahr 2006 verkaufte die Interessenvertretung ihre Anteile an die nunmehrige Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) um 69.164,08 EUR.⁵

(4) Seither ist die VAEB am Stammkapital (875.000 EUR) mit 66 % und die ÖBB-Shared Service Center Gesellschaft mbH mit 34 % beteiligt; Stammeinlagen der Gesellschafter von insgesamt 10.448,98 EUR sind noch ausständig.

² Dies entsprach 12.000.000 ATS.

³ Sie wurde ab 1. Jänner 2005 mit der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues zur Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) zusammengeführt (§ 538b ASVG).

⁴ In Folge ÖBB-Dienstleistungs Gesellschaft mbH, dann ÖBB-Shared Service Center Gesellschaft mbH

⁵ Bescheid BMGF vom 9. Oktober 2006; Genehmigung der Beschlüsse des Vorstandes der VAEB vom 10. Mai 2006 und 27. Juni 2006 betreffend den Ankauf der Gesellschaftsanteile zum Preis von 69.164,08 EUR.

Gesellschaftsvertrag

- 2.2 Der RH wies darauf hin, dass das Stammkapital von 875.000 EUR nicht zur Gänze **eingezahlt** war; insgesamt waren noch Stammeinlagen der Gesellschafter von 10.448,98 EUR ausständig.
- 2.3 *Das BMF teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die ausstehende Stammeinlage bereits einbezahlt worden sei.*
- 3.1 Die Geschäftsführer hatten für bestimmte im Gesellschaftsvertrag angeführte Geschäfte und Maßnahmen die Zustimmung mittels Gesellschafterbeschlusses einzuholen. Die dafür geltenden Wertgrenzen unterlagen einer Wertsicherung. Ausgangsbasis für die Wertsicherung war die im Monat Dezember 1996 verlautbarte Indexzahl. Dabei sind die Änderungen solange nicht zu berücksichtigen, als sie 10 % des bisher maßgebenden Betrages nicht übersteigen. Bei Überschreitung wird die gesamte Veränderung berücksichtigt. Die neue Indexzahl ist jeweils die Ausgangsbasis für die Errechnung der weiteren Änderungen und ist auf ganze 100 EUR zu runden.

Die aufgrund der **Indexregelungen jeweils gültigen** Wertgrenzen waren nicht dokumentiert.

Dieser Zustimmungsvorbehalt galt z.B. auch für „Werk- und freie Dienstverträge, wenn der Werklohn 109.000 EUR übersteigt sowie unabhängig von dieser Betragsgrenze, falls die finanziellen Verpflichtungen der Gesellschaft aus in diesem Geschäftsjahr abgeschlossenen Werk- und freien Dienstverträgen in ihrer Gesamtheit 109.000 EUR überschreiten“.⁶

Nach Auslegung der Wellcon war die Genehmigung nur dann einzuholen, wenn die Honorarsumme der Verträge mit einer Person die Grenze von 109.000 EUR überschritt.

- 3.2 Der RH vertrat im Gegensatz zur Wellcon die Ansicht, dass unter „Gesamtheit“ die Summe aller neu in einem Geschäftsjahr abgeschlossenen Werk- und freien Dienstverträge zu verstehen ist. Die Bestimmung betreffend die Wertgrenzen für Werk- und freie Dienstverträge war jedenfalls problematisch, weil bei freien Dienstverträgen die Honorarsumme oft erst am Jahresende feststand. Er kritisierte die unklare Regelung zu den Werkverträgen und freien Dienstverträgen im Gesellschaftsvertrag. Der RH empfahl daher, diese Bestimmung zu überarbeiten.

⁶ Gesellschaftsvertrag Artikel VI, Die Geschäftsführung, Punkt 6, m)

Der RH regte überdies an, die Wertgrenzen entsprechend den Bestimmungen im Gesellschaftsvertrag regelmäßig zu berechnen und zu dokumentieren.

3.3 *Laut Stellungnahme der Wellcon sei eine Neufassung dieser Bestimmungen in Ausarbeitung.*

4.1 Generalversammlungen fanden zweimal im Jahr im Zusammenhang mit der Genehmigung des Jahresabschlusses sowie des Budgets statt. Die Vertreter der Aufsichtsbehörden (BMG, BMF) nahmen in Ausübung ihrer Aufsicht daran teil.

Gemäß Gesellschaftsvertrag⁷ können Gesellschafterbeschlüsse in Generalversammlungen oder schriftlich im Umlaufweg gefasst werden. Wichtige Beschlüsse, wie die Bestellung von Geschäftsführern oder die Auflösung ihrer Dienstverhältnisse oder die Erneuerung der IT-Ausstattung, wurden seit dem Jahr 2004 oftmals in Form von Umlaufbeschlüssen gefasst. Für den Zeitraum 16. Mai 2007 bis 3. März 2011 wurden dem RH 26 Umlaufbeschlüsse vorgelegt; den Vertretern der Aufsichtsbehörden wurden diese Umlaufbeschlüsse im Allgemeinen nicht zur Kenntnis gebracht.

4.2 Der RH vermerkte kritisch, dass die Wellcon Umlaufbeschlüsse – auch zu wesentlichen Fragen – den Aufsichtsbehörden nicht vorlegte, so dass diese ihrer Aufsichtspflicht nicht nachkommen konnten. Er empfahl, sämtliche Umlaufbeschlüsse vor ihrer Umsetzung den Vertretern der Aufsichtsbehörden vorzulegen.

4.3 *Laut Stellungnahme der Wellcon werde diese Empfehlung ab 2013 umgesetzt; ein entsprechendes Formblatt sei in Ausarbeitung.*

Das BMF begrüßte im Hinblick auf die Wahrnehmung der finanziellen Bundesaufsicht ausdrücklich die Empfehlung des RH.

⁷ Gesellschaftsvertrag, Artikel VII, Gesellschafterbeschlüsse

Personalwesen

Bestellung der Geschäftsführer

Allgemeines

5 In den Jahren 2006 bis 2011 wechselte die Geschäftsführung der Wellcon fünf Mal; die vorzeitige Auflösung der Verträge war mit hohen Zusatzkosten, insbesondere für freiwillige Abfertigungen, Bonuszahlungen bzw. Beratungsverträge, verbunden. Die Kündigungsfristen, die Regelungen für die Valorisierung der Bezüge und die Gewährung von Bonifikationen waren großzügiger als in der Vertragsschablonenverordnung des Bundes – im Sinne einer best practice-Umsetzung – vorgesehen.

Zum Teil unterblieben die erforderlichen Ausschreibungen bzw. Veröffentlichungen im Zusammenhang mit Geschäftsführerbestellungen. Zielvereinbarungen hatten nicht immer objektiv bewertbare Ziele zum Inhalt. Allenfalls festgestellte Mängel werden nachstehend gesondert angeführt.

Geschäftsführung bis 2006

6.1 Mit 29. Dezember 2004 wurde neben dem seit 1. Jänner 1998 bestellten Geschäftsführer eine weitere handelsrechtliche Geschäftsführerin⁸ zunächst befristet bis Ende des Jahres 2005 eingesetzt. Ihr Vertrag wurde am 11. November 2005 bis Ende 2009 verlängert. Sie erhielt einen jährlichen Bruttobezug von 95.951,80 EUR (für die Tätigkeit als Geschäftsführerin) und 19.470,22 EUR (für die Tätigkeit als ärztliche Leiterin). Abhängig von der Zielerreichung war eine Bonifikation von höchstens 20 % des Geschäftsführerbezugs vereinbart.

Mit Umlaufbeschluss vom 10. Mai 2006 wurde der Vertrag des seit 1. Jänner 1998 bestellten Geschäftsführers einvernehmlich mit 30. Juni 2006 vorzeitig aufgelöst; sein Vertrag wäre noch bis Ende 2007 gelaufen. Der Geschäftsführer bezog seit dem Jahr 2004 ein Jahresgehalt von 94.760 EUR – valorisiert wie die Bezüge der ÖBB-Angestellten; abhängig von der Zielerreichung war eine Bonifikation von höchstens 20 % seines Bezugs vereinbart. Neben der gesetzlichen Abfertigung von drei Monatsbezügen erhielt er noch eine freiwillige Abfertigung in Höhe eines Monatsbezugs für seinen Einsatz beim Aufbau und für die erfolgreiche Führung des Unternehmens. Außerdem erhielt er eine Bonifikation von 20.330 EUR.

⁸ mittels Umlaufbeschlusses der Gesellschafter vom 16. Dezember 2004

- 6.2 Der RH vermerkte kritisch, dass die vorzeitige Vertragsauflösung neben der Bonifikation von 20 % eine freiwillige Abfertigung in Höhe von einem Monatsbezug nach sich zog.

Geschäftsführung ab 2006

- 7.1 (1) Als Nachfolger wurde für den Zeitraum 1. Juli 2006 bis 30. Juni 2010 der frühere Obmann der VAEB zum handelsrechtlichen Geschäftsführer bestellt⁹. Als jährlicher Bruttobezug wurden 115.422,02 EUR vereinbart; die Bonifikation sollte höchstens 20 % betragen. Sein Dienstverhältnis zu den ÖBB sollte weiter bestehen bleiben, der Geschäftsführerbezug von den ÖBB ausgezahlt und von der Wellcon refundiert werden.

(2) Im Februar 2007 erhoben beide Geschäftsführer in E-Mails an den Obmann der VAEB wechselseitige Vorwürfe hinsichtlich Verfehlungen in der Ausübung der Geschäftsführung sowie Nichteinhaltung von Vorgaben, die den Bestand der Gesellschaft gefährden können. Daraufhin beauftragten die beiden Eigentümer die Konzernrevision der ÖBB und die Interne Revision der VAEB mit einer gemeinsamen Prüfung der Wellcon.

Der Prüfungsbericht vom 19. April 2007 bestätigte, dass ein Teil der wechselseitig erhobenen Vorwürfe den Tatsachen entsprach, der Konflikt der Geschäftsführer das Unternehmen polarisierte und den Bestand des Unternehmens gefährdete. Weiters wurden wesentliche Mängel in den Geschäftsprozessen sowie im Controlling und Reportingsystem festgestellt.

(3) In der Sitzung der Generalversammlung vom 7. Mai 2007 boten die beiden Geschäftsführer ihren Rücktritt an. Die bisherige Geschäftsführerin sollte ab 1. Juli 2007 einen Anstellungsvertrag als Ärztliche Leiterin der Wellcon erhalten. Dieser Vertrag wurde erst im Februar 2008 abgeschlossen; bis Ende des Jahres 2007 bezog sie weiterhin das um 61 % höhere Gehalt als Geschäftsführerin. Der Vertrag mit dem anderen Geschäftsführer wurde per 31. Mai 2007 gekündigt.

(4) Die damalige ÖBB-Dienstleistungs Gesellschaft mbH stellte der Wellcon für die Zurverfügungstellung dieses Geschäftsführers für die Zeit vom 1. Juli 2006 bis 31. Oktober 2007 (inkl. Kündigungsfrist) einen Betrag von 222.869,78 EUR (inkl. 20 % USt) am 15. April 2008 in Rechnung.

⁹ mittels Umlaufbeschlusses vom 10. Mai 2006

- 7.2 Der RH vermerkte kritisch, dass die im Stellenbesetzungsgesetz vorgesehene Ausschreibung der Funktion des Geschäftsführers unterblieb. Weiters wies er auf die hohen Kosten hin, die der Wellcon für die Tätigkeit des von den ÖBB zur Verfügung gestellten Geschäftsführers in Rechnung gestellt wurden.

Er bemängelte außerdem, dass durch die verspätete Umsetzung der von den Eigentümern beschlossenen Vertragsänderung mit der früheren Geschäftsführerin im zweiten Halbjahr 2007 Mehrausgaben für die Wellcon von 23.527,70 EUR entstanden.

Interimistische Geschäftsführung 2007

- 8.1 Die Generalversammlung vom 7. Mai 2007 beschloss, den Geschäftsführer eines bereits im Bereich der Wellcon tätigen Beratungsunternehmens ab 16. Mai 2007 befristet bis Ende des Jahres 2007 als neuen Geschäftsführer der Wellcon zu bestellen und mit ihm – spätestens ab 1. Juni 2007 – einen entsprechenden Anstellungsvertrag abzuschließen. Er sollte den Eigentümern monatlich, erstmals am 15. Juni 2007, einen schriftlichen Bericht über die personelle und wirtschaftliche Situation der Wellcon vorlegen.

Dieser Beschluss wurde jedoch nicht vollinhaltlich umgesetzt:

- Anstelle des Anstellungsvertrags schlossen die Eigentümervvertreter am 6. Juli 2007 mit dem bereits erwähnten Beratungsunternehmen ohne Durchführung eines Vergabeverfahrens einen Beratungsvertrag ab, mit dem es u.a. vom 16. Juli 2007 bis Ende des Jahres 2007 seinen Geschäftsführer der Wellcon als Geschäftsführer zur Verfügung stellte. Für die Geschäftsführung und Beratung betrug das Honorar 20.000 EUR pro Monat, von Mitte Mai 2007 bis Jahresende 2007 somit insgesamt 150.000 EUR. Außerdem wurde ein Erfolgshonorar von 25 % des Jahresgewinns der Wellcon vereinbart; für den 200.000 EUR übersteigenden Teil des Jahresgewinns sollte sich das Erfolgshonorar auf 12,5 % reduzieren. Für die Berechnung des Erfolgshonorars war der Jahresgewinn um allfällige Zahlungen an die vorherigen Geschäftsführer nach dem 16. Mai 2007 zu bereinigen.
- Laut Auskunft der Eigentümer bzw. der Wellcon wurden die vereinbarten monatlichen schriftlichen Berichte nicht vorgelegt.

Mit Honorarnote vom 29. April 2008 legte das Beratungsunternehmen eine Honorarnote für den Geschäftsführerbonus für das Jahr 2007 sowie für die Tätigkeit zweier Mitarbeiter¹⁰ von 90.000 EUR; Berechnungsgrundlagen für den Geschäftsführerbonus fehlten.

- 8.2** Der RH beanstandete die hohen Kosten für die interimistische Geschäftsführung in Form des Beratungsvertrages vom 6. Juli 2007, der unter Missachtung der Vergabevorschriften zustande gekommen war.

Nach Auffassung des RH hätte der Betrag von 90.000 EUR nicht ausbezahlt werden dürfen, weil dafür keine nachvollziehbaren Berechnungsgrundlagen vorhanden waren. Das Erfolgshonorar sollte nämlich laut Vereinbarung 25 % des Jahresgewinns betragen, der Jahresgewinn 2007 betrug aber nur 61.717,56 EUR. Der RH empfahl, intern die Möglichkeit einer Rückforderung zu prüfen.

- 8.3** *Laut Stellungnahme der Wellcon werde die rechtliche Möglichkeit der Rückforderung 2013 in Abstimmung mit den Gesellschaftern nochmals geprüft.*

Geschäftsführung ab 2008

- 9.1** (1) Nach einer öffentlichen Ausschreibung und unter Beiziehung eines externen Personalberaters bestellte die Wellcon¹¹ ab 1. Jänner 2008 einen **neuen Geschäftsführer** befristet auf drei Jahre. Die in § 5 des **Stellenbesetzungsgesetzes** vorgesehene Veröffentlichung seines Namens und der Namen aller Personen, die an der Entscheidung über die Besetzung mitgewirkt haben, unterblieb.

Der Vertrag des Geschäftsführers sah u.a. Folgendes vor:

- Das Jahresbruttogehalt betrug 100.030 EUR, wertgesichert wie die Bezüge in der Gehaltsgruppe F III nach der Dienstordnung für Sozialversicherungsangestellte.
- Die freiwillige Abfertigung sollte nach Vollendung des 1. Dienstjahrs 6 %, des 2. Dienstjahrs 12 %, des 3. Dienstjahrs 18 % und des vierten Dienstjahrs 28 % des Jahresbruttogehalts betragen.

¹⁰ Anzumerken ist, dass für die Tätigkeit dieser Mitarbeiter bereits am 27. Februar 2008 ein Betrag von 11.493,75 EUR in Rechnung gestellt und am 14. August 2008 wieder gutgeschrieben wurde.

¹¹ mit Umlaufbeschluss vom 13. November 2007

Personalwesen

- Eine Kündigung war zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahrs unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist möglich.
- Für Dienstleistungen galten die Bestimmungen des Patentgesetzes 1970 und damit der Anspruch auf ein gesondertes Entgelt.
- Bei Zielerreichung von 100 % gebührte eine Bonifikation von 20 % des Jahresbruttogehalts; bei Über- oder Unterschreitung war sie entsprechend zu aliquotieren. Im Rahmen einer Zielvereinbarung sollte jährlich im Vorhinein, spätestens bis Ende des ersten Quartals des Geschäftsjahres, schriftlich ein Zielkatalog mit objektiv bewertbaren Zielen vereinbart werden. Wenn keine entsprechende Vereinbarung zustande kam, galt ein Grad der Zielerreichung von 40 %.
- Die Hälfte der für eine Zielerreichung von 100 % gebührenden Bonifikation war in 14 gleichen Teilbeträgen gemeinsam mit dem laufenden Monatsbezug auszuzahlen. Diese Akontierung sollte ab Beginn jeden Geschäftsjahres solange ruhen, bis eine Zielvereinbarung für das betreffende Geschäftsjahr schriftlich getroffen wurde.

Obwohl die Zielvereinbarung für das Geschäftsjahr 2008 erst am 19. November 2008 zustande kam und die Akontierung hätte ruhen müssen, wurden dennoch monatlich 10 % des Gehalts als Abschlagszahlung auf die Bonifikation ausbezahlt. Im April 2010 beschlossen die Gesellschafter, dem Geschäftsführer für das Jahr 2009 zusätzlich zum Bonus von 22.382,44 EUR eine einmalige Sonderbonifikation von 7.000 EUR zu gewähren.

Für die Geschäftsjahre 2010/2011 wurden termingerecht¹² neue Zielfelder vereinbart; 50 % des Bonusbetrages entfielen auf das Zielfeld „(Neu)Positionierung der Fa. Wellcon-Integrative Geschäfts- und Gesundheitspolitik“, das keine objektiv bewertbaren Ziele enthielt.

Mit Vereinbarung vom 27. August 2010 wurde das Dienstverhältnis einvernehmlich mit Ende Oktober 2010 aufgelöst. Es wurde der volle Jahreshonus und die freiwillige Abfertigung für volle drei Jahre von 18 % eines Jahresbruttobezugs gewährt.

(2) Um die Vertretung der Gesellschaft nach dem Ausscheiden des bisherigen Geschäftsführers mit Ende Oktober 2010 weiterhin sicherzustellen, bestellte die Wellcon die bisherige wirtschaftliche Leiterin für das letzte Quartal 2010 zur Prokuristin.

¹² am 25. März 2010

(3) Nach einer öffentlichen Ausschreibung und unter Beiziehung eines externen Personalberaters bestellte die Wellcon¹³ ab 1. Jänner 2011 – erneut ohne Veröffentlichung im Sinne des § 5 des Stellenbesetzungsgesetzes – die interimistisch mit der Geschäftsführung betraute Prokuristin als Geschäftsführerin vorerst befristet auf zwei Jahre. Eine Verlängerung um weitere drei Jahre war vertraglich vorgesehen.

Für ihre Bezüge und deren Wertsicherung, die Kündigungsfrist, Diensterfindungen und die Bonifikationen galten ähnliche Regelungen wie für ihren Vorgänger; auch die letzte Zielvereinbarung wurde übernommen. Der Vertrag sah aber keine freiwillige Abfertigung oder Akontierungen auf Bonuszahlungen vor.

- 9.2 Der RH mahnte die Einhaltung der im Stellenbesetzungsgesetz vorgesehenen Veröffentlichungspflicht ein und bemängelte, dass im Jahr 2008 die monatlichen Akontierungen auf die Bonuszahlungen nicht vertragsgemäß bis zum Abschluss der Zielvereinbarung am 19. November 2008 ruhend gestellt wurden.

Der RH empfahl der Wellcon, ihre Verträge mit den Geschäftsführern (und leitenden Ärzten) nach den Vorgaben der Vertragsschablonenverordnung des Bundes – im Sinne einer best practice–Umsetzung¹⁴ – auszugestalten.

Er bemängelte, dass folgende Regelungen in den Verträgen der Geschäftsführer großzügiger waren als in der Vertragsschablonenverordnung vorgesehen:

- freiwillige Abfertigung,
- Kündigungsmöglichkeit nur zum Halbjahr statt zum Quartalsende,
- Gewährung eines Bonus von 40 % auch ohne Abschluss einer Zielvereinbarung,
- kein Ausschluss des Anspruchs auf ein gesondertes Entgelt für Diensterfindungen.

Die vorgesehene Valorisierung der Bezüge erachtete der RH ebenfalls als zu großzügig; eine allfällige Bezugsanpassung sollte durch Beschluss der Gesellschafter erfolgen und mit dem Anpassungsfaktor gemäß dem Bezügebegrenzungsgesetz begrenzt sein.

¹³ mit Umlaufbeschluss vom 9. Dezember 2010

¹⁴ Bericht des RH über Managerverträge, Reihe Bund 2011/7

Personalwesen

Nach Auffassung des RH sollten die Zielvereinbarungen, wie in den Anstellungsverträgen vorgesehen, nur objektiv bewertbare Ziele zum Inhalt haben; sie wären jedenfalls vor jedem Leistungszeitraum festzulegen und jährlich ohne Ausnahme transparent und nachweisbar zu evaluieren. Die Auszahlung der Bonifikationen sollte erst nach Evaluierung der vereinbarten Ziele erfolgen.

- 9.3 *Die Wellcon sagte in ihrer Stellungnahme zu, künftig neue Vertragsabschlüsse nach den Vorgaben der Vertragsschablonenverordnung des Bundes zu gestalten. Allfällige Bezugsanpassungen sollten unter Einhaltung der gesetzlichen Beschränkungen erfolgen.*

Bonuszahlungen an angestellte Ärzte

- 10.1 Im Vertrag mit der ärztlichen Leiterin war ein variabler Gehaltsanteil von maximal 11.200 EUR, abhängig vom Grad der Zielerreichung, vorgesehen. Für das Jahr 2009 wurde im Juni 2009 eine Zielvereinbarung abgeschlossen und 7.200 EUR im September 2009, der Rest im Juli 2010 ausbezahlt. Für die Jahre 2010 und 2011 wurden keine Zielvereinbarungen abgeschlossen, die Bonifikationen aber dennoch ausbezahlt.

Mit der Leiterin des Arbeitsmedizinischen Zentrums (AMZ) in Innsbruck schloss die Wellcon im April 2011 eine Zielvereinbarung für das Jahr 2011 ab; danach sollte der Bonus höchstens 13.440 EUR betragen und in zwölf – nicht rückerstattbaren – Akontozahlungen zu 1.120 EUR laufend (ab April 2011) ausbezahlt werden. Hingegen sah die ebenfalls im April 2011 mit dem Leiter des AMZ in Graz geschlossene Zielvereinbarung vor, dass der Bonus von 6.000 EUR im Folgejahr erst nach Feststellung des Jahresabschlusses in sieben Teilbeträgen bis Dezember ausbezahlt werden sollte.

- 10.2 Der RH kritisierte, dass Bonifikationen ohne Abschluss von Zielvereinbarungen bzw. nicht rückerstattbare Akontozahlungen auf den vollen Jahresbonus ausbezahlt wurden. Er wies darauf hin, dass variable Bezugsbestandteile – entsprechend den Intentionen des Stellenbesetzungsgesetzes und der Vertragsschablonenverordnung – ausschließlich den Erfolg der Manager abgelten. Dieser kann definitionsgemäß erst ex-post bestimmt werden. Daher wiederholte er seine Empfehlung, wonach Zielvereinbarungen jedenfalls vor jedem Leistungszeitraum festzulegen und die Bonifikationen erst nach Evaluierung der vereinbarten Ziele auszuzahlen wären.

10.3 Die Wellcon sagte in ihrer Stellungnahme zu, künftig neue Vertragsabschlüsse nach den Vorgaben der Vertragsschablonenverordnung des Bundes zu gestalten. Allfällige Bezugsanpassungen sollten von der Geschäftsführung im Rahmen des von den Gesellschaftern genehmigten Budgets unter Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgen.

Bonuszahlungen an
Werkvertragsärzte

11.1 (1) Mit einem auf Werkvertragsbasis angestellten Arzt vereinbarte die Wellcon ab Jänner 2009 einen pauschalen Stundensatz von 45 EUR. Ab Juli 2009 wurde der Stundensatz auf 50 EUR erhöht. Darüber hinaus sollte er für den Fall der Ableistung von 75 % der bei BBG¹⁵-Kunden oder 100 % der bei privaten Kunden beauftragten Stunden eine Bonuszahlung von zusätzlich 5 EUR pro geleisteter Arbeitsstunde erhalten.

Ab 1. November 2010 wurde der Stundensatz auf 60 EUR erhöht. Die Bonuszahlung von zusätzlich 5 EUR sollte nunmehr gebühren, wenn die bei BBG-Kunden im Burgenland und in Niederösterreich beauftragten Stunden vollständig abgeleistet wurden.

Im Jahr 2010 erbrachte er im Bereich der BBG-Kunden 1.312,20 Stunden; zugeteilt wurden ihm 2.092,42 Stunden. Dennoch erhielt er für insgesamt 1.727,70 geleistete Stunden¹⁶ einen Bonus von 8.638,50 EUR.

Im Jahr 2011 wurden ihm 2.251,29 Stunden im Bereich der BBG-Kunden zugeteilt; davon erbrachte er 1.521,13 Stunden. Dennoch erhielt er für insgesamt 1.767,13 geleistete Stunden¹⁷ einen Bonus von 8.835,65 EUR.

(2) Mit einer auf Werkvertragsbasis angestellten Ärztin vereinbarte die Wellcon im Februar 2008 einen pauschalen Stundensatz von 45 EUR. Darüber hinaus sollte sie für den Fall der vollständigen Ableistung der beauftragten Stunden eine Bonuszahlung von zusätzlich 5 EUR pro geleisteter Arbeitsstunde erhalten.

Im Jahr 2010 wurden ihr 1.282,58 Stunden zugeteilt; sie leistete 1.177,90 Stunden. Sie erhielt einen Bonus von 5.141,75 EUR für 1.028,35 Stunden; das war die Summe über jene Stunden, die sie je zugeteilter Dienststelle vollständig erbrachte.

¹⁵ Bundesbeschaffung GmbH

¹⁶ 1.312,20 Stunden bei BBG-Kunden, 415,50 Stunden bei anderen Kunden

¹⁷ 1.521,13 Stunden bei BBG-Kunden, 246 Stunden bei anderen Kunden

Personalwesen

11.2 Der RH bemängelte, dass beide Ärzte Bonuszahlungen erhielten, obwohl die vertraglichen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen. Er wies darauf hin, dass nach dem klaren Wortlaut der Verträge die Bonuszahlungen nicht gebührt hätten. Er empfahl, intern die Möglichkeiten von Rückforderungen zu prüfen.

11.3 *Laut Stellungnahme der Wellcon würden Rückforderungsmöglichkeiten im Jahr 2013 überprüft.*

Verträge mit Sicherheitsfachkräften

12.1 (1) Im Juni 2006 schloss die Wellcon mit zwei Sicherheitsfachkräften Werkverträge zur Übernahme der sicherheitstechnischen Aufgaben gemäß ArbeitnehmerInnenschutzgesetz für ihre Arbeitsstätten in Wien ab; beabsichtigt war aber die Betreuung der Arbeitsstätten der Kunden der Wellcon.

Das Honorar sollte für beide 43 EUR pro Stunde (exkl. USt) betragen; die Auszahlung sollte in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Quartalsende erfolgen. Eine Sicherheitsfachkraft sollte 350 Stunden pro Jahr, die zweite 750 Stunden pro Jahr erbringen.

(2) Ab 1. Jänner 2010 erhielt die zweite Sicherheitsfachkraft¹⁸ zusätzlich einen Dienstvertrag für die Tätigkeit als gewerberechtlicher Geschäftsführer und Sicherheitsfachkraft mit einem Monatsbezug von 1.420 EUR. Im Rahmen der Normalarbeitszeit von 40 Stunden sollte sie pro Jahr mindestens 600 zu Kunden verrechenbare Stunden als Sicherheitsfachkraft erbringen. Für die vereinbarten 40 Stunden bestanden keine Zeitaufzeichnungen. Neben seinem Monatsbezug rechnete der gewerberechtliche Geschäftsführer alle von ihm für die Betreuung von Kunden geleisteten Stunden mit dem Stundensatz von 43 EUR ab. Das vertraglich vereinbarte Kontingent von 600 Stunden blieb dabei unberücksichtigt, es wurde aber auch das im Werkvertrag geregelte Quartalspauschale nicht ausbezahlt.

(3) Mit einem Subauftragnehmer schloss die Wellcon 2010 einen Subwerkvertrag zur Betreuung eines bestimmten Kunden ab. Die Rechnungslegung sollte monatlich im Nachhinein zu einem Stundensatz von 55 EUR (exkl. USt) ohne Valorisierung erfolgen.

Dessen ungeachtet bezahlte die Wellcon 2011 die vom Subauftragnehmer bereits am Beginn eines Quartals gelegten Rechnungen mit einem Stundensatz von 56,21 EUR (exkl. USt).

¹⁸ aufgrund des Umlaufbeschlusses vom 22. Oktober 2009

12.2 Der RH empfahl, die vertraglichen Ungereimtheiten zu beseitigen und klare Vertragsgrundlagen für die Honorierung der Tätigkeiten als gewerberechtl. Geschäftsführer bzw. als Sicherheitsfachkraft zu schaffen. Die Abrechnung mit dem Subauftragnehmer sollte vertragskonform erfolgen.

12.3 *In ihrer Stellungnahme stellte die Wellcon die Regelung der vertraglichen Ungereimtheiten für 2013 in Aussicht. Der Subauftragnehmer sei bereits ausgeschieden worden.*

Vergütung von
Reisekosten

13.1 Nach den Dienstverträgen der Geschäftsführer und der ärztlichen Leiterin wurden Reisekosten in angemessener Höhe vergütet und Tagesdiäten im steuerlich anerkannten Ausmaß ausbezahlt.

In den Verträgen der angestellten Mitarbeiter der Wellcon war bezüglich Reisezeiten oftmals festgelegt, dass für Dienstreisen die Bestimmungen der unternehmensinternen Richtlinien für Reisekosten gelten und die steuerfreien Sätze des Einkommensteuergesetzes 1988 gebühren. Es bestanden allerdings keine unternehmensinternen Richtlinien.

In einem Dienstvertrag fehlte eine Regelung für Dienstreisen. Nach zwei anderen Dienstverträgen waren mit dem vereinbarten Entgelt neben sämtlichen Überstunden auch Reisezeiten und Reisekosten abgegolten; dennoch ersetzte die Wellcon einer Mitarbeiterin Hotelkosten.

In den mit Ärzten abgeschlossenen Werkverträgen war klargestellt, dass Aufwendungen oder Barauslagen, die im Zusammenhang mit der vereinbarten Leistung erwachsen, mit dem vereinbarten Stundensatz pauschal abgegolten sind.

Nach den mit den beiden Sicherheitsfachkräften geschlossenen Werkverträgen konnten allfällige Reisekosten, die über den Vertragsrahmen hinausgehen, gesondert in Rechnung gestellt werden; für die Benützung des PKW gebührte das amtliche Kilometergeld.

In dem mit einem anderen Werkvertragsnehmer geschlossenen Vertrag war für Reisezeiten ein pauschaler Stundensatz von 10 EUR exkl. USt vereinbart; Reisekosten stellte dieser Werkvertragsnehmer gesondert in Rechnung. Die diesbezüglichen Abrechnungen waren kaum nachvollziehbar und verursachten einen hohen Verwaltungsaufwand, zumal gesonderte Umsatzsteuersätze galten.

Personalwesen

- 13.2 Der RH empfahl, unternehmensinterne Richtlinien für Reisekosten ehstens zu erstellen und die Vergütungen für Reisekosten der Mitarbeiter auf dieser Basis zu vereinheitlichen.

Mit Werkvertragsnehmern sollten Stundensätze vereinbart werden, die Reisezeiten und Reisekosten pauschal abgelten.

- 13.3 *Laut Stellungnahme der Wellcon sei eine Reisekostenrichtlinie bereits in Bearbeitung. An der Lösung der Vergütung der Reisezeiten und Reisekosten für Werkvertragsnehmer werde gearbeitet.*

Versteuerung von Firmenparkplätzen

- 14.1 Die Wellcon stellte einigen Firmenangehörigen an den AMZ-Standorten in Wien, Linz, Innsbruck und Villach Firmenparkplätze unentgeltlich zur Verfügung. Die Lohnverrechnung berücksichtigte dafür allerdings keinen Sachbezug bei den betroffenen Mitarbeitern.

- 14.2 Der RH empfahl, die Zurverfügungstellung von Parkplätzen bei Vorliegen einer Parkraumbewirtschaftung in diesen Abstellbereichen als Vorteil aus dem Dienstverhältnis über das Lohnkonto abzurechnen.

- 14.3 *Laut Stellungnahme der Wellcon sei die Empfehlung des RH mit Jänner 2013 umgesetzt worden.*

Personalstand und Personalaufwand

- 15.1 (1) Die Wellcon beschäftigte arbeitsmedizinisches und ärztliches Untersuchungspersonal, Sicherheitsfachkräfte und Fachkräfte im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Mitarbeiter in der Verwaltung.

Das Unternehmen führte im Jahr 2008 im Back-Office-Bereich eine Neuorganisation und Neustrukturierung durch. Damit waren Neuaufnahmen und ein Know-How-Aufbau verbunden. In den Folgejahren 2009 und 2010 konnte im Back-Office-Bereich die Personalsituation beruhigt und in die Aus- und Weiterbildung investiert werden. Im Jahr 2011 wurde ein neuer Organisationsbereich „Betriebliche Gesundheitsförderung, Sicherheit und Innovation“ zur Ergänzung des Leistungsangebots in der Arbeitsmedizin geschaffen. Dies war u.a. mit einer Erhöhung der Anzahl der Werkvertragsnehmer verbunden.

Die nachfolgende Tabelle stellt die Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten von 2007 bis 2011 dar; im Jahresdurchschnitt 2006 verfügte die Wellcon über 77,1 Mitarbeiter.



Personalwesen

BMF BMG

Wellcon Gesellschaft für Prävention und
Arbeitsmedizin GmbH

Tabelle 1: Personalstand

Personalstand ¹	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2007/2011
			Anzahl ²			in %
Arbeitsmediziner/Unter- suchungsärzte	39,3	39,1	34,6	34,3	33,0	- 16
Fachpersonal/medizinisches Sekretariat	14,1	13,6	16,6	16,1	16,1	14
Back Office/Geschäftsführung	4,8	9,5	9,5	10,4	12,3	156
Aushilfen/Praktikanten	0,7	0,5	0,4	0,4	0,4	- 43
Summe	58,9	62,7	61,1	61,2	61,8	5
			Anzahl ³			
Werkvertragsnehmer	97	112	101	119	129	33

¹ tiefere Gliederung des Personalstands für 2006 nicht verfügbar² in Vollzeitäquivalenten³ in Köpfen

Quellen: Geschäftsberichte Wellcon

Um der Nachfrage an den dislozierten Kundenstandorten (über das gesamte Bundesgebiet verteilt) nachkommen zu können, beschäftigte das Unternehmen neben dem angestellten Personal zusätzlich Werkvertragsnehmer.

(2) Der Personalaufwand einschließlich Fremdpersonal stellte den größten Anteil am Gesamtaufwand der Wellcon dar.

Personalwesen

Tabelle 2: Personalaufwand

Personalaufwand	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2006/2011 ¹
	in 1.000 EUR						in %
Löhne, Gehälter	3.233	3.166	3.848	3.264	3.316	3.350	4
Aufwendungen für Abfertigung	86	55	71	36	111	72	- 16
Aufwendungen für gesetzliche Abgaben	845	796	853	829	919	885	5
sonstige Sozialaufwendungen	57	27	46	69	90	46	- 19
Summe Personalaufwand	4.221	4.044	4.818	4.198	4.436	4.353	3
Fremdpersonal (in sonstigen betrieblichen Aufwendungen enthalten)	806	776	792	791	822	1.096	36
Gesamtaufwand Personal inkl. Fremdpersonal	5.027	4.820	5.610	4.989	5.258	5.449	8

¹ Rundungsdifferenzen

Quellen: Geschäftsberichte Wellcon

Die Steigerung des Personalaufwands von 2007 auf 2008 war auf die höhere Anzahl an Mitarbeitern und die Berücksichtigung von Rückstellungen für Kündigungsanfechtungsverfahren und Mitarbeiterprämien zurückzuführen.

15.2 Der RH empfahl, die Aufstockung des Personals im Back-Office-Bereich zu nutzen, um externe Beratungs- und Administrativleistungen zu reduzieren (siehe dazu TZ 29).

15.3 Laut Stellungnahme der *Wellcon sei* bereits eine Buchhaltungskraft aufgenommen worden. Damit werde z.B. die Lohnverrechnung wieder in das Unternehmen zurückgeholt (siehe TZ 29).



**Wellcon Gesellschaft für Prävention und
Arbeitsmedizin GmbH**

Leistungserbringung

Leistungsangebot 16.1 (1) Laut Gesellschaftsvertrag umfasste das Leistungsspektrum der Wellcon

- das Anbieten und Erbringen von Präventivdienstleistungen im Sinne der Arbeitnehmerschutzgesetzgebung¹⁹,
- die Durchführung von Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie die Forschung und Beratung auf dem Sektor der Präventivdienstleistungen,
- die Herausgabe von Forschungsberichten und Publikationen,
- die Gründung von Tochter- oder Beteiligungsgesellschaften sowie die Betriebsführung und das Management von Betrieben für Präventivdienstleistungen und
- die Durchführung aller Geschäfte und Maßnahmen, die zur Erreichung des Gesellschaftszwecks notwendig und nützlich erscheinen.

(2) Das Unternehmen erbrachte seine Dienstleistungen in den Bereichen Arbeitsmedizin und Prävention vor allem für die Eigentümer (VAEB und deren Mitgliedsunternehmen sowie ÖBB-Unternehmensgruppe).

Die Geschäftsfelder in der Arbeitsmedizin setzten sich aus der „Arbeitsmedizinischen Betreuung“, „Untersuchungsleistungen“ und „Impfungen“ zusammen.

Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Betreuung wurden alle Tätigkeiten laut ArbeitnehmerInnenschutzgesetz durchgeführt. Dazu zählten u.a.

- die Beratung von Kunden (Arbeitnehmer, Arbeitgeber) in allen Fragen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz,
- Begehungen von Arbeitsstätten einschließlich der Berichtslegung darüber,
- Begutachtungen von Arbeitnehmern mit gesundheitlichen Beschwerden,

¹⁹ Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz - ASchG), BGBl. 450/1994 i.d.g.F.

Leistungserbringung

- die Ausarbeitung von Stellungnahmen zur Einsatzfähigkeit von Personen,
- die Beurteilung von Arbeitsstoffen und Arbeitsmitteln aus arbeitsmedizinischer Sicht sowie
- die Mitwirkung bei der ergonomischen Neu- oder Umgestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsstätten.

Die verschiedenen Untersuchungsleistungen erbrachte die Wellcon an ihren fünf AMZ-Standorten (Wien, Linz, Graz, Villach, Innsbruck). Zusätzlich bot sie spezielle Programme und Projekte (z.B. Bildschirmbrillenuntersuchungen, Lungenfunktionstests, Beinvenenfunktion, Nichtraucherchutz) nach Kundenwünschen an.

(3) Im Jahr 2005 leitete das Unternehmen eine Erweiterung des Leistungsangebots mit der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ ein, um bei bestehenden Kunden ein kontinuierliches Wachstum zu erzielen. Im Jahr 2008 wurde in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Arbeitspsychologie mit einigen Projekten begonnen (z.B. Bewegungscoach-Ausbildungen bei den ÖBB, Prävention von Stress am Arbeitsplatz, Seminarreihe zum Thema „Ernährung & Sport“).

Zur Verbesserung der Marktbetreuung und Entwicklung innovativer Produkte richtete die Gesellschaft im Jahr 2011 einen eigenen Organisationsbereich „Betriebliche Gesundheitsförderung, Sicherheit und Innovation“ ein.

16.2 Der RH erachtete die angebotenen Leistungen speziell für die Eigentümerunternehmen wegen der flexiblen Leistungsangebote und einer flexiblen Leistungsgestaltung als zweckmäßig. Eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einzelner Geschäftsfelder war aufgrund der erst im Aufbau befindlichen Kostenrechnung nicht möglich. Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf seine diesbezügliche Empfehlung (siehe TZ 20).

16.3 Laut Stellungnahme der Wellcon sei eine Optimierung der Kostenrechnung bis Jahresende 2013 geplant.



Leistungserbringung

BMF BMG

Wellcon Gesellschaft für Prävention und
Arbeitsmedizin GmbH

Erfassung und
Abrechnung der
Leistungen

Leistungserfassung

- 17.1 Die Ärzte erfassten ihre erbrachten Leistungen in einem IT-unterstützten Leistungserfassungssystem; am Monatsende wurden sie in das Buchhaltungssystem zur Fakturierung übernommen.

Durch eine fehlende Periodensperre für Buchungen in die Abrechnungsperiode war es Ärzten auch nach der Übernahme der Daten zur Fakturierung möglich, weiterhin ihre Leistungen in die bereits abgerechnete Abrechnungsperiode im Leistungserfassungssystem zu buchen. Dadurch konnten Differenzen zwischen den im Leistungserfassungssystem erfassten und den fakturierten Leistungen im Buchhaltungssystem entstehen. Als organisatorische Gegenmaßnahme wurden per E-Mail Schlusstermine für die Leistungserfassung an die Mitarbeiter übermittelt.

- 17.2 Der RH wies darauf hin, dass bereits im Bericht zum IKS-Projekt²⁰ aus dem Jahr 2009 (siehe dazu TZ 26) die fehlende Periodensperre kritisiert wurde. Er empfahl – unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzenaspekten – die technische Realisierung einer Periodensperre im Leistungserfassungssystem.

- 17.3 *Laut Stellungnahme der Wellcon sei die Empfehlung mit Ende Dezember 2012 umgesetzt worden.*

Bestätigung der Dienstleistungen durch Kunden

- 18.1 Die arbeitsmedizinischen Dienstleistungen wurden überwiegend vor Ort beim Kunden erbracht. Die Aufteilung der Einsatzzeiten wurde an die speziellen Kundenanforderungen angepasst und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Zusätzlich übernahm die Wellcon alle Aufzeichnungs-, Berichts- und Meldepflichten an die Behörde. Das Verhältnis von Leistungen vor Ort und der Dokumentationserstellung war auch fallweise explizit vertraglich mit 70:30 geregelt.

Mit wenigen Ausnahmen stellten die Kunden keine Leistungsbestätigungen an die Arbeitsmediziner aus.

- 18.2 Der RH wies darauf hin, dass durch Leistungsbestätigungen von Kundenseite unterschiedliche Auffassungen über Art und Umfang der erbrachten Leistungen ausgeschlossen werden können. Er empfahl der Wellcon, Leistungsbestätigungen bei den Kunden einzuholen.

²⁰ IKS: Internes Kontrollsystem

Leistungserbringung

- 18.3** *Die Wellcon teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Umsetzung der Empfehlung beim Kunden nach Meinung der ärztlichen Leitung schwierig sei. Eine Lösung bis Ende 2013 werde aber angestrebt.*

Rechnungslegung

- 19.1** Die Wellcon versah ihre Fakturen mit einem „Rechnungsdatum“. Zugehörige Gutschriften bzw. Storno-Rechnungen erhielten das gleiche „Rechnungsdatum“. Wann die Fakturen, Gutschriften bzw. Storno-Rechnungen tatsächlich ausgestellt wurden, war nicht ersichtlich. Bei Gutschriften und Storno-Rechnungen fehlten teilweise Angaben über den Grund, was die Nachvollziehbarkeit der Geschäftsfälle erschwerte.
- 19.2** Der RH empfahl im Sinne einer transparenten und nachvollziehbaren Rechnungslegung, bei allen Rechnungen, Gutschriften und Storno-Rechnungen zusätzlich ein Erstellungsdatum und den Grund anzugeben.
- 19.3** *Laut Stellungnahme der Wellcon sei die Umstellung bereits im Gange.*

Kalkulation der Leistungen

- 20.1** Basis der Angebotslegung für Leistungen in der Arbeitsmedizin und der betrieblichen Gesundheitsförderung waren voraussichtliche Einzelkosten sowie Gemeinkostenzuschläge und ein Gewinnzuschlag. Die zugrundeliegende Kostenrechnung wurde seit ihrer Einführung kontinuierlich weiterentwickelt, ihr Ausbau war zur Zeit der Gebarungsprüfung aber noch nicht abgeschlossen. Die in der Kostenrechnung ermittelten Gemeinkostenzuschläge deckten sich nicht mit den in den Kalkulationen verwendeten Zuschlagssätzen.

Da abgeschlossene Kundenaufträge bzw. Kundenprojekte zumeist keiner Erlös- und Kostenkontrolle in Form von Nachkalkulationen unterzogen wurden, war eine zuverlässige Aussage über den tatsächlichen wirtschaftlichen Erfolg von einzelnen Geschäftsfällen nicht möglich.

- 20.2** Der RH bemängelte die fehlende Nachkalkulation im Rahmen der Kostenrechnung und hielt es zur Sicherstellung einer nachhaltigen Geschäftsentwicklung für erforderlich, bei größeren Kundenaufträgen und Projekten einen Nachweis über den wirtschaftlichen Erfolg solcher Geschäfte zu erstellen.



Leistungserbringung

BMF BMG

Wellcon Gesellschaft für Prävention und
Arbeitsmedizin GmbH

Der RH empfahl daher die zügige Fertigstellung der Kostenrechnung und eine regelmäßige Überprüfung von Kundenaufträgen und Kundenprojekten durch Nachkalkulationen.

20.3 Die Wellcon teilte mit, dass eine Optimierung der Kostenrechnung bis Ende 2013 geplant sei.

Analyse der Kundenzufriedenheit mit den Leistungen

21.1 Das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention²¹ führte für die Wellcon eine Kundenzufriedenheitsanalyse im Bereich der ÖBB-Kunden durch. Im Jahr 2009 wurde mit Vorbereitungsarbeiten begonnen und das Formular für die Online-Befragung programmiert. Die Online-Befragung wurde jedoch erst im Februar/März 2012 durchgeführt. 58 Kunden von Wellcon wurden eingeladen, an der Befragung teilzunehmen. Es beteiligten sich 33 Kunden, wovon 11 Kunden die Befragung jedoch nicht beendeten (Beteiligungsquote: 56,9 %, Beendigungsquote: 37,9 %). Der Bericht wurde am 25. April 2012 fertig gestellt und der Geschäftsführerin Ende Mai 2012 übermittelt.

Die Zufriedenheitswerte mit den Produktmerkmalen lagen in den Bereichen Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie zwischen 81 % und 88 %, im Bereich der Ernährungsberatung bei 70 % und im Bereich der Sportwissenschaft bei 60 %.

Mit 31. Dezember 2009 war der Wellcon für die Erstellung des Fragebogens, die statistische Auswertung und Berichtslegung sowie die Ergebnispräsentation ein Betrag von 11.496 EUR verrechnet worden; am 3. Mai 2012 wurde ihr für einen Zusatzaufwand (statistische Auswertungen und Berichtslegung) ein weiterer Betrag von 1.454 EUR in Rechnung gestellt, also insgesamt 12.950 EUR, die von der Wellcon auch bezahlt wurden.

21.2 Der RH beanstandete die schleppende Durchführung der Kundenzufriedenheitsanalyse und die im Verhältnis zum geringen Teilnehmerkreis hohen Kosten. Er vermerkte kritisch, dass die Wellcon rd. 90 % des Gesamthonorars bereits im Vorhinein bezahlte.

Der RH empfahl, künftig Studien erst nach Vorlage des Ergebnisses zu bezahlen.

21.3 Die Wellcon teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Empfehlung bereits berücksichtigt werde.

²¹ 100 % Tochter der VAIFB

Leistungserbringung

Wirkungsorientierung und Genderaspekte

22.1 Im Bereich der Arbeitsmedizin verfügte die Wellcon über keine Wirkungskennzahlen. Die Geschäftsführung stellte bereits erste diesbezügliche Überlegungen an.

Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung konnten erste Erfolgsergebnisse vorgelegt werden. Im Projektbericht „Rücken – Fit“ 3D/4D Wirbelsäulen- und Haltungsanalyse wurden hauptsächlich Männer untersucht. Die gesteigerte Aktivität, die bewusstere Wahrnehmung und Haltungssteuerung sowie das verbesserte Kraftniveau hatten neben weiteren Verbesserungen im Detail insgesamt zu einem Rückgang der Rückenbeschwerden geführt. Die Angabe „keine Rückenbeschwerden“ stieg dabei um 18 %.

Bei den „Auswertungen Gesunder Rücken 2011“ nahmen Männer und Frauen teil. Eine geschlechtsspezifische Auswertung wurde nicht vorgenommen, wäre jedoch möglich gewesen.

Mit dem Projekt „FIT 2015 Gesellschaftsübergreifendes BGF Projekt bei den ÖBB“, welches in den Jahren 2012 bis 2015 ablaufen wird, sind geschlechtsspezifische Auswertungen geplant.

22.2 Der RH wies kritisch auf das Fehlen von Wirkungskennzahlen im Bereich der Arbeitsmedizin hin. Er empfahl, die Auswirkungen der Leistungen der Wellcon auf die Gesundheit ihrer Kunden im Bereich der Arbeitsmedizin, betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Prävention im Sinne einer Erfolgskontrolle weiter messbar zu machen und den Genderaspekt auch bei Untersuchungsprogrammen sowie deren Auswertungen miteinzubeziehen.

22.3 Die Wellcon teilte mit, dass seit 2012 ein Kennzahlensystem in Entwicklung sei. Der Genderaspekt werde ab 2013 berücksichtigt.

Organisation und Verwaltung

Beratungsleistungen

Allgemeines

23.1 Die Wellcon lagerte in den letzten Jahren zahlreiche Aufgaben aus dem Back-Office-Bereich (z.B. Buchhaltung, Lohnverrechnung, betriebswirtschaftliche Aufgaben, etc.) und kurzzeitig sogar die Geschäftsführung aus. Sie nahm in den Jahren 2006 bis 2011 umfangreiche Beratungsleistungen in Anspruch:



Organisation und Verwaltung

BMF BMG

Wellcon Gesellschaft für Prävention und
Arbeitsmedizin GmbH

Tabelle 3: Beratungsaufwendungen

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	in EUR					
Steuerberatung – laufend	4.111,01	66.675,00	61.778,50	8.186,25	46.958,10	39.844,15
Steuerberatung – laufend Kurhaus	-	-	-	-	-	1.494,75
Steuerberatung – Meeting/ Projekte	44.238,82	75.635,56	-	-	-	-
Steuerberatung – Bilanz	11.897,00	12.000,00	12.000,00	12.129,00	12.000,00	12.120,00
Steuerberatung – Lohnverrechnung	18.644,00	18.110,38	13.582,18	-	-	-
Wirtschaftsprüfung	-	15.000,00	13.200,00	13.200,00	13.200,00	13.200,00
Organisationsberatung	20.336,16	253.355,00 ¹	13.500,00	247.291,80 ²	9.401,65	3.047,50
Rechtsberatung	17.012,94	17.618,26	42.543,65	77.207,27	33.486,39	100.265,67 ³
Summe	116.239,93	458.394,20	156.604,33	358.014,32	115.046,14	169.972,07

¹ Darin enthalten sind 150.000 EUR für die Zurverfügungstellung eines Geschäftsführers und 90.000 EUR als Rückstellung für seinen Bonus (TZ 8).

² Darin enthalten sind 205.590 EUR zur Dotierung einer Rückstellung.

³ Zur Bedeckung wurden aus der o.a. Rückstellung 77.564,57 EUR verwendet.

Quellen: Wellcon; RH

Die jährlichen Beratungsaufwendungen lagen in den Jahren 2006 bis 2011 zwischen rd. 115.000 EUR und rd. 458.400 EUR.

(1) Eine Steuerberatungskanzlei übernahm von Jänner 2006 bis Mai 2007 sowohl die Buchhaltung als auch die Steuerberatung. Unter Steuerberatung – Meeting/Projekte wurden z.B. folgende Tätigkeiten gebucht:

- Budgetberatung 2007 und Geschäftsprozessanalyse (Rechnung vom 16. Jänner 2007, Honorar von 17.550 EUR),
- Analyse Geschäftsfelder, Konkurrenzvergleich, Opinionleader, Top 500, Decisionmaker (Rechnung vom 6. Dezember 2006 mit einem Honorar von 9.000 EUR),
- Outsourcing, Besprechungen, betriebswirtschaftliche Beratungen insbesondere Jour Fixe und betriebswirtschaftliche Auswertungen 1-12/2006 sowie Jänner-Report 2007 (Rechnung vom 13. März 2007 mit einem Honorar von 11.184 EUR),

Organisation und Verwaltung

- Ergebnisübersicht für das 1. Quartal 2006²² (Rechnung vom 30. Juni 2006 mit einem Honorar von 4.058 EUR).

Zu den Leistungen Budgetberatung 2007, Geschäftsprozessanalyse sowie Analyse der Geschäftsfelder waren keine Unterlagen auffindbar.

(2) Der verhältnismäßig hohe Aufwand für Organisationsberatung im Jahr 2009 von rd. 247.000 EUR war u.a. auf die Dotierung einer Rückstellung über rd. 206.000 EUR für das von einem Beratungsunternehmen durchgeführte IKS-Projekt (Aufwand für die Studie von 42.000 EUR (exkl. USt) und die Projektumsetzung) zurückzuführen (siehe dazu TZ 26).

Weiters beauftragte der Geschäftsführer der Wellcon im Februar 2009 ein anderes Beratungsunternehmen, ein Strategiepaket auszuarbeiten, das den Zeitraum 2009 bis 2012 umfassen sollte und dessen Maßnahmen geeignet wären, den wirtschaftlichen Erfolg der Wellcon auch in Zukunft sicherzustellen. Dieses Strategie-Papier wurde im März 2009 fertiggestellt und den Eigentümern präsentiert, aber von ihnen nicht angenommen. Auch die im Juni 2009 vorgelegte Überarbeitung wurde nicht weiter verfolgt. Wellcon bezahlte für die Leistung insgesamt 27.520 EUR.

- 23.2 Der RH stellte fest, dass die Wellcon mehrfach externe Berater mit Beratungsleistungen beauftragte, die dem Unternehmen zum Teil hohe Kosten verursachten. Er empfahl, externe Berater möglichst sparsam und gezielt einzusetzen; die Beauftragung externer Berater sollte unter dem Aspekt von Kosten/Nutzen-Überlegungen kritisch hinterfragt werden.

Der RH empfahl weiters eine Ergänzung des Gesellschaftsvertrags, wonach die Geschäftsführer für Beratungsleistungen bei Einzelaufträgen ab einem Betrag von 5.000 EUR, die nicht im **Budget vorge-**sehen sind, die Zustimmung mittels Gesellschafterbeschlusses einzuholen haben.

Im Falle von Strategieentwicklungen wären die Eigentümer bereits von Anfang an aktiv miteinzubeziehen.

²² Der Bericht besteht aus sechs Seiten Erläuterungen: 1. Darstellung der Ergebnisse, 2. Soll-Ist-Vergleich zum 31. März 2006, Quartalsbericht

23.3 Die Wellcon sagte zu, künftig externe Beratungsleistungen nur soweit notwendig bzw. unter Berücksichtigung von Kosten/Nutzen-Aspekten zu beauftragen. Weiters sei eine Neufassung der Genehmigungspflichten durch die Gesellschafter in Ausarbeitung. Die Gesellschafter würden bei der Strategieentwicklung ab 2013 aktiv miteinbezogen.

Beratungsleistungen für Berater

24.1 Im Herbst 2007 legte eine Rechtsanwaltskanzlei Honorarmoten über verschiedene Leistungen in Höhe von insgesamt rd. 16.600 EUR; eine schriftliche Vertragsgrundlage lag nicht vor. Die Bezeichnung der Honorarmoten legte laut Wellcon den Schluss nahe, dass es einen Zusammenhang mit dem unter TZ 8.1 erwähnten Beratungsvertrag gab, der auch Beratungsleistungen mit einschloss.

24.2 Der RH wies darauf hin, dass der Wellcon aufgrund des erwähnten Beratungsvertrags für monatlich 20.000 EUR neben dem Geschäftsführer auch Beratungsleistungen zur Verfügung gestellt werden sollten. Dieser Beratungsvertrag stellte aber keine Rechtsgrundlage für die zusätzlich in Rechnung gestellten Beratungsleistungen (von rd. 16.600 EUR) dar.

Abrechnung von Dienstleistungen

25.1 Die Wellcon schloss im November 2006 einen Personalleasingvertrag mit der vorhin erwähnten Steuerberatungskanzlei ab. Eine Bilanzbuchhalterin wurde ab 1. Dezember 2006 an Wellcon verleast. Gemäß Vertrag beliefen sich die monatlichen Gesamtkosten für Dezember 2006 bis Februar 2007 jeweils auf 4.584 EUR inkl. 20 % USt²³. Die Kosten für drei Monate betragen somit 13.752 EUR inkl. 20 % USt.

Weiters wurde vereinbart, dass die Gesamtkosten monatlich im Voraus an Wellcon weiterverrechnet werden. Die monatliche Verwaltung und Abrechnung der Dienstnehmerin durch die Personalverrechnung der Steuerberatungskanzlei sollte zusätzlich weiterverrechnet werden. Die Bezahlung sollte über Bankinzug erfolgen; die Wellcon hatte dieser Steuerberatungskanzlei bereits im Oktober 1998 einen Abbuchungsauftrag erteilt.

Mit Rechnung vom 13. März 2007 wurden die bereits im Dezember 2006 bezahlten Kosten für Dezember 2006, Jänner 2007 und Februar 2007 mit einem Betrag von 13.752 EUR noch einmal mit 20 % USt belastet

²³ 3.820 EUR + 764 EUR USt

Organisation und Verwaltung

und insgesamt 16.502,40 EUR in Rechnung gestellt. Somit betragen die monatlichen Gesamtkosten 5.500,80 EUR²⁴ anstelle der ursprünglich vereinbarten 4.584 EUR, die bereits 764 EUR USt enthielten.

- 25.2 Der RH beanstandete, dass die Bezahlung der Gehälter für Jänner und Februar 2007 bereits mit 20. Dezember 2006 erfolgte und empfahl, das Gehalt frühestens am Anfang des jeweiligen Monats zu überweisen.

Weiters bemängelte der RH, dass die Umsatzsteuer bei den Vorauszahlungen der Gehälter doppelt verrechnet und bezahlt wurde. Er regte an, intern die Rückforderungsmöglichkeit für die doppelt in Rechnung gestellte Umsatzsteuer zu prüfen.

Der RH empfahl, künftig die Rechnungen mit den Vereinbarungen in den Verträgen abzustimmen und gegebenenfalls eine Korrektur zu verlangen.

Ferner kritisierte er, dass einem Unternehmen ein Abbuchungsauftrag ausgestellt wurde, dessen Abrechnungen Dienstleistungen betrafen, die zu kontrollieren wären. Er empfahl, Abbuchungsaufträge nur solchen Unternehmen einzuräumen, bei welchen dies gemäß den wirtschaftlichen Gepflogenheiten üblich ist (z.B. Abbuchungsaufträge an Unternehmen der Bereiche Energie, Müllabfuhr, Telekommunikation).

- 25.3 *Die Wellcon teilte mit, dass die Empfehlungen, Gehälter frühestens am Anfang des jeweiligen Montags zu überweisen und Abbuchungsaufträge nur entsprechend den wirtschaftlichen Gepflogenheiten zu erteilen, bereits umgesetzt seien. Ab 2013 werde weiters eine umfassendere Überprüfung von Auszahlungen in Hinblick auf die Übereinstimmung mit den zugrunde liegenden Vereinbarungen durchgeführt.*

Die Rückforderungsmöglichkeit der doppelt in Rechnung gestellten Umsatzsteuer werde im Jahr 2013 geprüft.

²⁴ 4.584 EUR zuzüglich 916,80 EUR (20 % USt) = 5.500,80 EUR



Organisation und Verwaltung

BMF BMG

Wellcon Gesellschaft für Prävention und
Arbeitsmedizin GmbH

Ablauforganisation
und Internes
Kontrollsystem

IKS-Projekt und dessen Umsetzung

- 26.1 Im Jahr 2009 beauftragte die Wellcon ein Beratungsunternehmen mit der Erhebung und Beurteilung der Effektivität der Kernprozesse, des internen Kontrollsystems und der Prüfung der IT-Systeme. Das Beratungsunternehmen traf dazu ca. 90 Feststellungen und gab entsprechende Empfehlungen ab.

Die Wellcon setzte einige wichtige Punkte bereits um, wie z.B. die Formalisierung des Einkaufsprozesses samt Festlegung der zugehörigen Wertgrenzen oder die Einführung der Zeiterfassung für alle Mitarbeiter. Einige wesentliche Empfehlungen befanden sich in Umsetzung (z.B. die Verbesserung des internen Berichtswesens, des Fakturierungsprozesses). Einige Empfehlungen, wie die vertragliche Vereinbarung über die Serverraumnutzung mit der VAEB (siehe dazu TZ 33) oder die Formalisierung des Änderungs- und Abnahmeprozesses in der IT, waren noch nicht umgesetzt.

- 26.2 Der RH vermerkte kritisch, dass wichtige Empfehlungen nur teilweise bzw. gar nicht umgesetzt waren. Er empfahl deren rasche Umsetzung.
- 26.3 Die Wellcon teilte mit, dass die Umsetzung der noch ausstehenden Maßnahmen mit dem ersten Quartal 2013 begonnen werde.

Zahlungsverkehr

- 27.1 Die Mitarbeiter der Buchhaltungsabteilung führten den Zahlungsverkehr selbständig durch. Dabei wurden die erforderlichen TAN-Codes nicht entsprechend der Verfügungsberechtigung durch die Geschäftsführung und die wirtschaftliche Leitung, sondern in der Buchhaltung aufbewahrt. Die TAN-Eingaben im Telebankingsystem wurden nicht durch die Geschäftsführerin und die wirtschaftliche Leiterin gemeinsam durchgeführt, sondern durch die Mitarbeiter der Buchhaltung.

Diese Vorgehensweise wurde bereits im Jahr 2009 im Zuge des IKS-Berichts kritisiert.

- 27.2 Der RH beurteilte die Nichteinhaltung des Vier-Augen-Prinzips bei der Aufbewahrung und Eingabe der TAN-Codes wegen des hohen Risikos nicht autorisierter Zahlungen kritisch.

Organisation und Verwaltung

Die Geschäftsführung legte noch während der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle einen schriftlich fixierten geänderten Ablauf unter Berücksichtigung des Vier-Augen-Prinzips vor und setzte ihn mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Berichtswesen

- 28.1** Obwohl das bereits erwähnte Beratungsunternehmen schon im Jahr 2009 im Rahmen des IKS-Beratungsauftrags festgestellt hatte, dass das interne Berichtswesen verbesserungsfähig sei, deckte es noch immer den Informationsbedarf der Wellcon als Grundlage für Unternehmensentscheidungen nur teilweise ab.

Während der Gebarungsüberprüfung wurden die bisherigen periodischen Berichte in Form eines Projekts analysiert. Die wichtigsten Daten sollten überarbeitet und zusätzlich mit relevanten Steuerungskennzahlen in einem zentralen Berichtssystem zusammengefasst und in Form von Standardberichten zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

- 28.2** Der RH erachtete das Projekt für die Weiterentwicklung des Berichtswesens zur Unterstützung von Unternehmensentscheidungen als wichtig und empfahl seine zügige Fertigstellung.
- 28.3** *Laut Stellungnahme der Wellcon sei die Weiterentwicklung des Berichtswesens bis zum Ende 2013 geplant.*

Buchhaltung und Lohnverrechnung

Auslagerung der Buchhaltung und Lohnverrechnung

- 29.1** (1) In den Jahren 2006 und 2007 wurde die Buchhaltung von Steuerberatungskanzleien erledigt. Seit 2008 führte die Wellcon selbst die Buchhaltung durch. Von Jänner bis April 2008 wurde die Buchhaltung von einer Steuerberatungskanzlei extern unterstützt. Die Kosten für diese Unterstützung und Zurverfügungstellung von Buchhaltungsleistungen (zum Stundensatz von 65 EUR) im Umfang zwischen 120,75 und 143,50 Stunden monatlich betragen insgesamt 34.466,25 EUR.

(2) Ab 1. Jänner 2010 übernahm die Wellcon neben der Finanzbuchhaltung, der Kostenrechnung, dem Berichtswesen, der Durchführung des Mahnwesens und des Zahlungsverkehrs auch die Lohnverrechnung für das Kurhaus Ferdinand Hanusch, einer Einrichtung der VAEB. Für die Abwicklung der Lohnverrechnung vereinbarte die Wellcon mit der VAEB einen wertgesicherten Kostensatz von 12 EUR pro abgerechnetem Mitarbeiter und Monat.

(3) Im Mai 2010 beauftragte die Wellcon ihre Steuerberatungskanzlei, die Lohnverrechnung für die Mitarbeiter der Wellcon und des Kurhauses vertretungsweise für eine karenzierte Mitarbeiterin von September bis Dezember 2010 zu übernehmen. Die Vereinbarung sah einen wertgesicherten pauschalen Honorarsatz von 15 EUR pro abgerechnetem Mitarbeiter und Monat vor. Diverse Zusatzleistungen, wie die Erstellung von Jahresauswertungen, die Kontrolle von Reiseabrechnungen, die monatliche Ermittlung von Rückstellungen im Personalbereich etc., verrechnete die Steuerberatungskanzlei nach Zeitaufwand separat mit einem Stundensatz von 80 EUR.

Diese vertretungsweise Lohnverrechnung wurde aufgrund einer mündlichen Vereinbarung von Jänner bis März 2011 verlängert. Danach übernahm die Wellcon wieder die Lohnverrechnung für das Personal des Kurhauses; die Lohnverrechnung für die Wellcon-Mitarbeiter führte allerdings weiterhin die Steuerberatungskanzlei auf Basis einer mündlichen Verlängerung der Vereinbarung auf unbestimmte Zeit durch.

29.2 Nach Auffassung des RH sollte angesichts der verhältnismäßig hohen Kosten für die externe Buchhaltungsunterstützung und Vertretung möglichst mit eigenem Personal das Auslangen gefunden werden. Demnach sollte die Wellcon – allenfalls durch eine neue Personalressource – die Lohnverrechnung auch für die eigenen Mitarbeiter übernehmen. Damit könnte man in der Lohnverrechnung eine Vertretung aufbauen und die restliche Personalkapazität zusätzlich für Back-Office-Aufgaben im Finanzwesen verwenden bzw. die aktuellen Personalabgänge in der Kostenrechnung kompensieren.

29.3 *Die Wellcon teilte mit, dass im Back Office eine neue Buchhaltungskraft aufgenommen worden sei. Die Lohnverrechnung werde nach dem 2. Halbjahr 2013 in das Unternehmen zurückgeholt.*

Anlagenverwaltung

30.1 Im Jahr 2011 erneuerte die Wellcon ihre Client-Systeme. In der Anlagenbuchhaltung wurden dabei mehrere Arbeitsplatzrechner unter einer Inventar- und Anlagennummer erfasst. Die IT-Abteilung führte eine separate Liste aller Geräte ohne entsprechende Inventar- und Anlagennummern. Eine stichprobenartige Überprüfung der Inventar- bzw. Anlagennummern auf einzelnen Systemen ergab, dass diese nicht an allen Geräten angebracht war.

Organisation und Verwaltung

30.2 Durch die fehlende Inventarnummer am Gerät konnte keine Zuordnung zur Anlage gemacht werden. Darüber hinaus war durch die Sammelanlage auch keine eindeutige Feststellung der Werthaltigkeit der einzelnen Geräte möglich. Der RH empfahl der Wellcon, eine regelmäßige Anlageninventur durchzuführen und im Bereich der IT das Anlagevermögen auf Einzelanlagen zu erfassen.

30.3 *In ihrer Stellungnahme sagte die Wellcon eine Optimierung ab Jänner 2013 zu.*

Fehlbuchungen

31.1 Bei einer stichprobenartigen Überprüfung von Buchungen auf diversen Konten im „sonstigen betrieblichen Aufwand“ stellte der RH einige Fehlbuchungen fest.

- Es wurden beispielsweise Reisekosten im Jahr 2008 auf dem Konto „Freiwilliger Sozialaufwand“ oder im Jahr 2011 Auslandsreisekosten auf dem Konto „Reisekosten – Inland“ erfasst.
- Die Wellcon verbuchte 2008 den Personalleasingaufwand für einen Arbeitsmediziner auf dem Konto „Steuerberatung – Lohnverrechnung“ anstatt auf dem Konto „Fremdpersonal (Leasingpersonal)“.
- Die Aufwendungen der Lohnverrechnung durch eine Steuerberatungskanzlei erfasste die Wellcon ab September 2010 auf dem Konto „Steuerberatung – laufend“ anstelle „Steuerberatung – Lohnverrechnung“.

31.2 Der RH vermerkte kritisch, dass trotz einer abschließenden Kontrolle durch eine Steuerberatungskanzlei und einer zusätzlichen freiwilligen Wirtschaftsprüfung offensichtliche Fehlbuchungen unbemerkt blieben.

Der RH empfahl, die Buchungen nach den Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung vorzunehmen. Es wären insbesondere die Aufwendungen der Lohnverrechnung auf das Konto „Steuerberatung – Lohnverrechnung“ zum Zweck der Nachvollziehbarkeit und der Übersichtlichkeit der gesamten Aufwendungen zu buchen.

31.3 *Die Wellcon sagte die Umsetzung der Empfehlungen ab Jänner 2013 zu.*



**Wellcon Gesellschaft für Prävention und
Arbeitsmedizin GmbH**

Informationstechnologie

IT-Beschaffung

32.1 Im Jahr 2011 ersetzte die Wellcon den Altbestand des IT-Equipments durch Neugeräte. Im Beschaffungsprozess wurden Vergleichsangebote von mehreren Anbietern eingeholt. Die Beauftragung erfolgte mit Umlaufbeschluss der Gesellschafter nach weiteren Verhandlungen und Bewertung der Angebote. Da sich das Auftragsvolumen auf ca. 160.000 EUR (inkl. USt) belief, waren die Bestimmungen des Bundesvergabegesetzes 2006 anzuwenden.

32.2 Der RH bemängelte, dass die im Bundesvergabegesetz 2006 vorgesehene Bekanntmachung unterblieben war. Er empfahl, bei künftigen Beschaffungsvorgängen die Bestimmungen des Bundesvergabegesetzes 2006 zu beachten.

32.3 Die Wellcon sagte zu, die Empfehlung ab 2013 zu berücksichtigen.

IT-Betrieb

33.1 (1) Im Zuge der Begehung des Serverraums stellte der RH fest, dass die Außenhautsicherung mangelhaft war. Die Innenhoflage des Serverraums und die fehlende Absicherung gegen einen Einstieg über die Kastenfenster stellten ein hohes Risiko dar. Darüber hinaus wies die bestehende Alarmanlage im Innenbereich erhebliche Lücken bei der Absicherung der Gangbereiche durch Bewegungssensoren auf.

(2) Die Wellcon betrieb einige unternehmenskritische Systeme im Serverraum der VAEB, ohne dass diese Mitbenützung vertraglich geregelt war; dadurch fehlten beispielsweise Festlegungen für den Leistungsumfang, Qualitätsstandards oder Haftungsfragen.

(3) Das Unternehmen setzte zur Bewältigung der operativen Tätigkeiten IT-unterstützte Systeme ein. Für Systemausfälle oder Notfälle waren keine Notfallszenarien definiert, die angemessene Reaktionen bzw. die Fortführung der Geschäftsprozesse festlegten. Die VAEB überprüfte im September 2010 die IT und wies in ihrem Bericht ebenfalls auf fehlende Notfallpläne hin. Die Wellcon begann noch während der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle mit der Erstellung eines Notfallhandbuchs.

(4) Die IT-Abteilung sicherte Unternehmensdaten durch System- bzw. Datenbackups. Die wöchentlichen Bandsicherungen wurden durch ein externes Sicherheitsunternehmen abgeholt und in dessen Safe verwahrt. Bei dem Transport durch das Sicherheitsunternehmen wurden immer alle Sicherungsbänder mitgenommen. Dadurch bestand das zusätzliche Risiko des vollständigen Verlusts aller Sicherungsbänder.

Über den Umfang, die Sicherungsstrategie und den Prozess der Datensicherung lag eine nicht mehr aktuelle schriftliche Zusammenfassung vor. Die unzureichende Datensicherung war schon 2009 im IKS-Projekt bemängelt worden.

(5) Die Mitarbeiter des Unternehmens arbeiteten mit personenbezogenen bzw. sensiblen Daten. Jeder Mitarbeiter unterschrieb eine Verpflichtungserklärung zur Einhaltung des Datenschutzgesetzes 2000. Die in dieser Verpflichtungserklärung referenzierten „innerorganisatorischen Datenschutzvorschriften“ lagen allerdings nicht vor.

Eine Belehrung der Mitarbeiter über die Vorschriften nach dem Datenschutzgesetz 2000 erfolgte nur auf freiwilliger Basis.

33.2 Der RH empfahl zum IT-Bereich:

1. entsprechende Maßnahmen zur Außenhautsicherung des Serverraums unverzüglich zu setzen sowie den Themenbereich „physische Zutrittskontrolle“ in die regelmäßig stattfindenden externen IT-Audits in der Wellcon aufzunehmen,
2. die Mitbenützung des Serverraums der VAEB in einem vertraglichen Abkommen klar zu regeln,
3. ein IT-Notfallhandbuch zu erstellen,
4. ein aktuelles Backup-Konzept zu erstellen,
5. die **Belehrung der Mitarbeiter** über die Vorschriften nach dem Datenschutzgesetz 2000 verpflichtend durchzuführen und die „innerorganisatorischen Datenschutzvorschriften“ zu erstellen.

33.3 *Die Wellcon berichtete in ihrer Stellungnahme, dass ein Umbau des Serverraums in Planung sei. Die vertragliche Ausgestaltung der Mitbenützung des Serverraums der VAEB sei an diese zur Umsetzung weitergetragen worden. Weiters werde – insbesondere im Hinblick auf die Erstellung eines IT-Notfallbuchs und eines Backup-Konzepts – ab dem ersten Quartal 2013 ein Maßnahmenumsetzungskatalog erstellt.*



Informationstechnologie

BMF BMG

Wellcon Gesellschaft für Prävention und
Arbeitsmedizin GmbH

Vertrags-Datenbank

34.1 Die Wellcon setzte zur Administration von Verträgen eine Vertrags-Datenbank ein. In dieser Datenbank wurden die wesentlichen Eckdaten zu einzelnen Verträgen gespeichert. Die Anwendung lief in der VAEB auf VAEB-eigenen Systemen.

Die Mitbenützung der Vertrags-Datenbank war zwischen der Wellcon und der VAEB vertraglich vereinbart. Die Vereinbarung sah einen Systemzugriff an einem dafür eingerichteten Arbeitsplatz in der Wellcon vor. Die Wellcon nutzte diese Möglichkeit eines direkten Zugriffs auf die Vertrags-Datenbank jedoch nicht, sondern übermittelte Neuaufnahmen, Aktualisierungen bzw. Ergänzungen von Verträgen an die VAEB, die diese Daten einpflegte. Die Wellcon erhielt einmal im Quartal zur Kontrolle und Abstimmung der Vertragsdaten ein Excel-Sheet. Eine Überprüfung der Daten ergab, dass diese nicht aktuell waren.

So fehlten z.B. folgende Verträge:

- Servicevertrag des Zeiterfassungs- und Lohnerfassungssystems,
- alle Werkverträge für Ärzte,
- alle Werkverträge aus dem Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, Sicherheit und Innovation (Ausnahme Subwerkvertrag mit einem Unternehmen,
- Mietverträge Kopiergeräte,
- Mietverträge Parkgaragen (Linz, Wien, Innsbruck, Villach),
- Versicherungsverträge (Auto, sonstige Sachversicherungen),
- Dienstverträge der Mitarbeiter.

34.2 Der RH bemängelte, dass nicht alle Verträge in dieser Datenbank enthalten waren. Seiner Ansicht nach stellt die Vertragsdatenverwaltung in der Wellcon durch die große Anzahl an vorhandenen Verträgen (Dienstverträge, Kundenverträge, Service- und Wartungsverträge, Werkverträge) ein unternehmenswichtiges Werkzeug dar. Die Vertrags-Datenbank sollte daher befüllt und vertragsentsprechend genutzt werden. Die Mitarbeiter der Wellcon sollten durch einen direkten Systemzugriff jederzeit die Möglichkeit haben, die Daten abzufragen und zu bearbeiten.

34.3 Laut Stellungnahme der Wellcon sei ein direkter Zugriff auf die Vertrags-Datenbank in Bearbeitung. Fehlende Verträge würden im Laufe

Informationstechnologie

des Jahres 2013 nachdokumentiert. Die Datenbank sei jedoch grundsätzlich nur dazu gedacht, Kundenverträge zu erfassen.

Sonstige Feststellungen

Archivierung

- 35.1 Die Wellcon verarbeitete mit ihren IT-Systemen unterschiedliche Daten wie z.B. Gesundheits- oder Finanzdaten. Ein Konzept zur Datenarchivierung unter Berücksichtigung von organisationsinternen und rechtlichen Vorgaben (z.B. unterschiedliche Aufbewahrungsfristen²⁵) lag nicht vor.

Im Zuge der Gebarungsüberprüfung stellte der RH fest, dass verschiedene wichtige Unterlagen, wie Umlaufbeschlüsse betreffend die Bestellung von Geschäftsführern, Kündigungsschreiben eines Geschäftsführers, Verträge betreffend Beratungsleistungen und Berechnungsgrundlagen für die Gewährung von Bonuszahlungen, nicht mehr vorhanden waren.

- 35.2 Der RH beanstandete das Fehlen eines Konzepts zur Archivierung von Daten und wichtigen Geschäftsunterlagen. Er empfahl, die Archivierung entsprechend den gesetzlichen und organisationsinternen Anforderungen sicherzustellen.
- 35.3 *Die Wellcon teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Umsetzung der Empfehlung bis zum Ende des Geschäftsjahres 2014 anvisiert sei.*

Lagerraum für medizinische Produkte

- 36.1 Der RH führte gemeinsam mit einem Mitarbeiter der geprüften Stelle eine Begehung des Lagerraums durch, der vom Besucherbereich durch eine unversperrte Tür zugänglich war. Das Unternehmen lagerte darin u.a. Impfstoffe in Kühlschränken, die gegen Stromausfälle nicht abgesichert waren. Weiters war keine automatische Alarmerung bei Stromausfall oder extremen Temperaturschwankungen installiert. Temperaturspitzen konnten durch vorhandene Minimum-Maximum-Thermometer erst im Nachhinein festgestellt werden.

²⁵ z.B. Unternehmensgesetzbuch – Finanzdaten sieben Jahre; Ärztegesetz 1998 – Patientendokumentation mindestens zehn Jahre



BMF BMG

**Wellcon Gesellschaft für Prävention und
Arbeitsmedizin GmbH**

36.2 Der RH empfahl, Vorkehrungen zur Einhaltung der empfohlenen Lager-temperaturen der Impfstoffe zu treffen (z.B. durch eine unterbrechungsfreie Stromversorgung der Kühlschränke).

36.3 Die Wellcon führte in ihrer Stellungnahme aus, die Umsetzung der Empfehlung sei in Bearbeitung.

Wirtschaftliche und finanzielle Situation

Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit, Gewinnverwendung

37 Das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit (EGT) der Wellcon war nach einem negativen Ergebnis im Jahr 2006 in den Jahren 2007 bis 2011 positiv.

Tabelle 4: Entwicklung des Ergebnisses der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit (EGT)						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	in EUR					
EGT	- 175.396,67	69.451,73	156.932,20	668.524,57	363.824,75	528.573,95

Quellen: Geschäftsberichte Wellcon

Die Gesellschafter beließen die erzielten Bilanzgewinne durch Gesellschafterbeschlüsse im Unternehmen. Diese Mittel dienten der Stärkung des Eigenkapitals und der Finanzierung von diversen Vorhaben in der Wellcon.

Umsatzentwicklung

38 Grundlage der Finanzierung der laufenden Geschäftstätigkeit der Wellcon waren die Umsätze mit verbundenen Unternehmen bzw. mit beteiligten Unternehmen, die zuletzt im Jahr 2011 einen Anteil von rd. 73 % des Gesamtumsatzvolumens ausmachten. Die Kunden setzten sich im Wesentlichen aus der VAEB und deren Mitgliedsunternehmen sowie aus den ÖBB samt Konzernunternehmen zusammen. Zusätzlich wurden Einnahmen aus sonstigen öffentlichen Aufträgen (BBG²⁶) und dem privaten Sektor lukriert.

²⁶ Bundesbeschaffung GmbH

Wirtschaftliche und finanzielle Situation

Tabelle 5: Umsätze nach Großkunden

Kunden ¹	2008		2009		2010		2011	
	in EUR	in % ²	in EUR	in % ²	in EUR	in % ²	in EUR	in % ²
VAEB samt Mitgliedsunternehmen	2.666.444	34	2.788.931	36	2.936.709	37	3.499.521	42
ÖBB	2.840.964	36	2.776.675	36	2.777.963	35	2.550.574	31
andere Kunden	2.281.981	29	2.153.531	28	2.118.419	27	2.267.672	27
Summe Umsatzerlöse	7.789.389	100	7.719.137	100	7.833.091	100	8.317.767	100

¹ laut Wellcon war die Aufgliederung der Umsätze in Großkunden nur ab dem Jahr 2008 verfügbar

² Rundungsdifferenzen

Quelle: Wellcon

Der Umsatz entwickelte sich von 2008 bis 2011 insgesamt mit leicht steigender Tendenz.

Im Hauptumsatzbereich „arbeitsmedizinische Betreuung“ stagnierte der Umsatz. Bei den Untersuchungsleistungen konnte hingegen ein leichter Anstieg aufgrund von zusätzlichen Untersuchungsleistungen bei den ÖBB²⁷ verzeichnet werden:

Tabelle 6: Umsätze nach Geschäftsfeldern

Umsatzerlöse ¹	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2008/2011
	in 1.000 EUR				in %
arbeitsmedizinische Betreuung	3.956	3.814	3.879	3.917	- 1
Untersuchungsleistungen	3.235	3.229	3.154	3.498	8
betriebliche Gesundheitsförderung	126	110	292	295	134
Impfstoffe und -honorare	473	563	445	535	13
sonstige Umsätze	-	3	63	72	
Summe	7.790	7.719	7.833	8.317	

¹ Ein Umsatzvergleich für die Umsätze von 2006 und 2007 mit den Umsätzen aus den Jahren 2008 bis 2011 war aufgrund einer geänderten Gliederung nicht möglich.

Quelle: Wellcon

²⁷ inkl. aller Konzernunternehmen der ÖBB



Wirtschaftliche und finanzielle Situation

BMF BMG

Wellcon Gesellschaft für Prävention und
Arbeitsmedizin GmbH

Geldmittelveranlagung

39.1 Die Wellcon wies auf dem Bilanzposten „Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten“ am Bilanzstichtag 31. Dezember 2011 ein Guthaben von rd. 2,1 Mio. EUR aus. Der Großteil dieses Guthabens lag auf dem Geschäftskonto der Hauptbank. Zusätzlich waren noch zwei weitere nennenswerte Beträge bei unterschiedlichen Banken in Form eines weiteren Geschäftskontos und eines zeitlich befristeten Festgeldkontos veranlagt:

	Guthaben per 31.12.2011	Habenzinssatz
	in EUR	in %
Geschäftskonto Hauptbank	1.435.936,47	0,250
weiteres Geschäftskonto	160.472,24	0,125
Festgeldkonto (1 Jahr gebunden)	500.000,00	2,150

Quelle: Wellcon

Bei dem befristeten Festgeldkonto mit einer Laufzeit von zwölf Monaten lagen die Konditionen auf einem am Markt üblichen Zinsniveau von 2,15 %.

Eine Analyse des vierten Quartals 2011 ergab, dass die Geldmittel auf den beiden Geschäftskonten den im laufenden Geschäft erforderlichen Dispositionsbetrag für Zahlungen an Mitarbeiter, Lieferanten und sonstigen Aufwendungen weit überstiegen.

39.2 Der RH anerkannte die vorsichtige Anlagestrategie der vorhandenen Geldmittel, kritisierte aber die unterdurchschnittlichen Konditionen auf den beiden Geschäftskonten. Der RH bemängelte ferner die hohen Guthaben auf den beiden Geschäftskonten und empfahl, für die nicht unmittelbar benötigten Geldmittel eine höher verzinsten sichere Veranlagungsform zu wählen.

39.3 *Laut Stellungnahme der Wellcon sei die Umsetzung der Empfehlung in Bearbeitung.*

Getroffene Maßnahme

40 Hinsichtlich der Durchführung des Zahlungsverkehrs legte die Geschäftsführung der Wellcon noch während der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle einen schriftlich fixierten geänderten Ablauf unter Berücksichtigung des Vier-Augen-Prinzips vor und setzte diesen mit sofortiger Wirkung in Kraft (siehe dazu TZ 27).

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

41 Zusammenfassend hob der RH die nachstehenden Empfehlungen an die Wellcon Gesellschaft für Prävention und Arbeitsmedizin GmbH hervor:

(1) Die für die Genehmigung von Werk- und freien Dienstverträgen geltenden Bestimmungen wären zu überarbeiten. (TZ 3)

(2) Die Wertgrenzen wären entsprechend den Bestimmungen im Gesellschaftsvertrag regelmäßig zu berechnen und zu dokumentieren. (TZ 3)

(3) Alle Beschlüsse, die Gesellschafter schriftlich im Umlauf fassen, wären vor ihrer Umsetzung den Vertretern der Aufsichtsbehörden vorzulegen. (TZ 4)

(4) Die Zahlung für den Geschäftsführerbonus im Jahr 2007 an das Beratungsunternehmen wäre intern auf Rückforderungsmöglichkeit zu prüfen. (TZ 8)

(5) Die Verträge mit den Geschäftsführern (und leitenden Ärzten) wären nach den Vorgaben der Vertragsschablonenverordnung des Bundes – im Sinne einer best practice-Umsetzung – auszugestalten. (TZ 9)

(6) Eine allfällige Bezugsanpassung sollte durch Beschluss der Gesellschafter erfolgen und mit dem Anpassungsfaktor gemäß dem Bezugsbegrenzungsgesetz begrenzt sein. (TZ 9)

(7) Zielvereinbarungen sollten nur objektiv bewertbare Ziele zum Inhalt haben; sie wären jedenfalls vor jedem Leistungszeitraum festzulegen und jährlich ohne Ausnahme transparent und nachweisbar zu evaluieren. Die Auszahlung der Bonifikationen sollte erst nach Evaluierung der vereinbarten Ziele erfolgen. (TZ 9, 10)

(8) Die Bonuszahlungen an zwei Ärzte wären intern auf Rückforderungsmöglichkeiten zu prüfen, weil die vertraglich vereinbarten Voraussetzungen dafür nicht vorlagen. (TZ 11)

(9) Für die Honorierung der Tätigkeiten als gewerberechtlicher Geschäftsführer bzw. als Sicherheitsfachkraft wären klare Vertragsgrundlagen zu schaffen. Die Abrechnung mit dem Subauftragnehmer sollte vertragskonform erfolgen. (TZ 12)

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

(10) Es wären ehestens unternehmensinterne Richtlinien für Reisekosten zu erstellen und die Vergütungen für Reisekosten der Mitarbeiter auf Basis dieser zu vereinheitlichen. (TZ 13)

(11) Mit Werkvertragsnehmern wären Stundensätze zu vereinbaren, die Reisezeiten und Reisekosten pauschal abgelten. (TZ 13)

(12) Die Zurverfügungstellung von Parkplätzen wäre bei Vorliegen einer Parkraumbewirtschaftung in diesen Abstellbereichen als Vorteil aus dem Dienstverhältnis über das Lohnkonto abzurechnen. (TZ 14)

(13) Die Aufstockung des Personals im Back-Office-Bereich sollte dazu genutzt werden, externe Beratungs- und Administrativleistungen zu reduzieren. (TZ 15)

(14) Im Leistungserfassungssystem wäre eine Periodensperre unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzenaspekten technisch zu realisieren. (TZ 17)

(15) Es wären vermehrt Leistungsbestätigungen bei den Kunden einzuholen. (TZ 18)

(16) Im Sinne einer transparenten und nachvollziehbaren Rechnungslegung wären bei allen Rechnungen, Gutschriften und Storno-Rechnungen zusätzlich ein Erstellungsdatum und der Grund anzugeben. (TZ 19)

(17) Die Kostenrechnung wäre zügig fertigzustellen, und Kundenaufträge sowie Kundenprojekte wären durch entsprechende Nachkalkulationen regelmäßig zu überprüfen. (TZ 20)

(18) Studien wären erst nach Vorlage des Ergebnisses zu bezahlen. (TZ 21)

(19) Die Auswirkungen der Leistungen der Wellcon auf die Gesundheit ihrer Kunden im Bereich der Arbeitsmedizin, betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Prävention wären im Sinne einer Erfolgskontrolle weiter messbar zu machen; der Genderaspekt wäre auch bei Untersuchungsprogrammen sowie deren Auswertungen miteinzubeziehen. (TZ 22)

(20) Externe Berater sollten möglichst sparsam und gezielt eingesetzt sowie die Beauftragung externer Berater unter dem Aspekt von Kosten/Nutzen-Überlegungen kritisch hinterfragt werden. (TZ 23)

(21) Der Gesellschaftsvertrag wäre dahingehend zu ergänzen, dass die Geschäftsführer für **Beratungsleistungen bei Einzelaufträgen** ab einem Betrag von 5.000 EUR, die nicht im Budget vorgesehen sind, im Vorhinein die Zustimmung mittels Gesellschafterbeschlusses einzuholen haben. (TZ 23)

(22) Im Falle von Strategieentwicklungen wären die Eigentümer bereits von Anfang an aktiv miteinzubeziehen. (TZ 23)

(23) Die Gehälter wären **frühestens** am Anfang des jeweiligen Monats zu überweisen. (TZ 25)

(24) Die Rechnungen wären **mit den Vereinbarungen** in den Verträgen abzustimmen, **gegebenenfalls zu beanstanden** und eine Korrektur zu verlangen. (TZ 25)

(25) Abbuchungsaufträge wären nur solchen Unternehmen einzuräumen, bei welchen dies gemäß den wirtschaftlichen Gepflogenheiten üblich ist (z.B. Abbuchungsaufträge an Unternehmen der Bereiche Energie, Müllabfuhr, Telekommunikation). (TZ 25)

(26) Die doppelt in Rechnung gestellte Umsatzsteuer für Personalleasing wäre intern auf Rückforderungsmöglichkeit zu prüfen. (TZ 25)

(27) Die noch ausstehenden Maßnahmen aus dem IKS-Projekt wären rasch umzusetzen. (TZ 26)

(28) Das Projekt für die Weiterentwicklung des Berichtswesens zur **Unterstützung von Unternehmensentscheidungen** wäre zügig fertigzustellen. (TZ 28)

(29) Angesichts der verhältnismäßig hohen Kosten für die externe Buchhaltungsunterstützung und Vertretung wäre möglichst mit eigenem Personal das Auslangen zu finden. (TZ 29)

(30) Es wäre auch die **Lohnverrechnung** für die eigenen Mitarbeiter, allenfalls durch eine neue Personalressource, zu übernehmen. Damit könnte man in der Lohnverrechnung eine Vertretung aufbauen und die restliche Personalkapazität zusätzlich für Back-Office-Aufgaben im Finanzwesen verwenden bzw. die aktuellen Personalabgänge in der Kostenrechnung kompensieren. (TZ 29)

(31) Es wäre eine **regelmäßige Anlageninventur** durchzuführen und im Bereich der IT das Anlagevermögen auf Einzelanlagen zu erfassen. (TZ 30)

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

(32) Die Buchungen wären nach den Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung vorzunehmen. Es wären insbesondere die Aufwendungen der Lohnverrechnung auf das Konto „Steuerberatung – Lohnverrechnung“ zum Zweck der Nachvollziehbarkeit und der Übersichtlichkeit der gesamten Aufwendungen zu buchen. (TZ 31)

(33) Bei künftigen Beschaffungsvorgängen wären die Bestimmungen des Bundesvergabegesetzes 2006 zu beachten. (TZ 32)

(34) Es wären unverzüglich entsprechende Maßnahmen zur Außensicherung des Serverraums zu setzen; der Themenbereich „physische Zutrittskontrolle“ wäre in die – regelmäßig in der Wellcon stattfindenden – externen IT-Audits aufzunehmen. (TZ 33)

(35) Die Mitbenützung des Serverraums der VAEB wäre in einem vertraglichen Abkommen klar zu regeln. (TZ 33)

(36) Ein IT-Notfallhandbuch wäre zu erstellen. (TZ 33)

(37) Ein aktuelles Backup-Konzept wäre zu erstellen. (TZ 33)

(38) Die Belehrung der Mitarbeiter über die Vorschriften nach dem Datenschutzgesetz 2000 wäre verpflichtend durchzuführen; die „innerorganisatorischen Datenschutzvorschriften“ wären zu erstellen. (TZ 33)

(39) Die Vertrags-Datenbank sollte befüllt und vertragsentsprechend genutzt werden; die Mitarbeiter der Wellcon sollten durch einen direkten Systemzugriff jederzeit die Möglichkeit haben, die Daten abzufragen und zu bearbeiten. (TZ 34)

(40) Die Archivierung von Daten und wichtigen Geschäftsunterlagen wäre entsprechend den gesetzlichen und organisationsinternen Anforderungen sicherzustellen. (TZ 35)

(41) Es wären Vorkehrungen zur Einhaltung der empfohlenen Lager-temperatur der Impfstoffe zu treffen (z.B. durch eine unterbrechungsfreie Stromversorgung). (TZ 36)

(42) Für die nicht unmittelbar benötigten Geldmittel wäre eine lukrativere (sichere) Veranlagungsform zu wählen. (TZ 39)



BMF BMG

ANHANG
Entscheidungsträger

ANHANG

Entscheidungsträger
des überprüften Unternehmens

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in Blaudruck

**BMF BMG**ANHANG
Entscheidungsträger**Wellcon Gesellschaft für Prävention und Arbeitsmedizin GmbH**

Aufsichtsrat	nicht eingerichtet
Geschäftsführung	Anton GARTLEHNER (1. Jänner 1998 bis 30. Juni 2006)
	Dr. Maria BANIADAM (13. Februar 1998 bis 29. Dezember 2004)
	Ing. Dr. Eva POLLERES (29. Dezember 2004 bis 16. Mai 2007)
	Heinrich KNAPP (25. Juli 2006 bis 16. Mai 2007)
	Mag. Helmut KERN (16. Mai 2007 bis 31. Dezember 2007)
	Gerald GERSTBAUER, MBA, MLE (1. Jänner 2008 bis 31. Oktober 2010)
	Mag. Barbara WALLNER (1. November 2010 bis 31. Dezember 2010; interimistisch)
	Mag. Barbara WALLNER (seit 1. Jänner 2011)

**R
H**



Bericht des Rechnungshofes

**Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in den Landeskrankenhäusern Mittersill
und Tamsweg, in den Krankenhäusern Zell am See und
Oberndorf sowie im Krankenhaus der Barmherzigen
Brüder in Salzburg**

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis _____	256
Abkürzungsverzeichnis _____	258
Glossar _____	261

BMG**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit**

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung
in den Landeskrankenhäusern Mittersill und Tamsweg, in den
Krankenhäusern Zell am See und Oberndorf sowie im Krankenhaus
der Barmherzigen Brüder in Salzburg

KURZFASSUNG _____	266
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	271
Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten _____	272
Qualitätsindikatoren in Deutschland _____	284
Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten _____	286
Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe _____	310
Sonstige Feststellungen _____	330
Getroffene Maßnahmen _____	332
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen _____	333
ANHANG _____	339

Tabellen



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht Strukturqualitätskriterien ÖSG 2010 _____	279
Tabelle 2:	Deutsche Qualitätsindikatoren für die Cholezystektomie mit Referenzwerten und Ergebnissen 2009, 2010 _____	284
Tabelle 3:	Festgelegte Mindestmengen in Deutschland (Stand: 2010) _____	285
Tabelle 4:	Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung der Hygieneteams (PROHYG 2.0) _____	288
Tabelle 5:	Personalausstattung des Hygieneteams im KH Zell am See _____	289
Tabelle 6:	Personalausstattung des Hygieneteams im LKH Mittersill _____	289
Tabelle 7:	Personalausstattung des Hygieneteams im LKH Tamsweg _____	290
Tabelle 8:	Personalausstattung des Hygieneteams im KH BBR Salzburg _____	290
Tabelle 9:	Personalausstattung des Hygieneteams im KH Oberndorf _____	291
Tabelle 10:	Erfassung von Komplikationsraten im KH Zell am See _	297
Tabelle 11:	Erfassung von Komplikationsraten im LKH Mittersill ____	298
Tabelle 12:	Erfassung von Komplikationsraten im LKH Tamsweg __	298
Tabelle 13:	Erfassung von Komplikationsraten im KH BBR Salzburg _____	299
Tabelle 14:	Erfassung von Komplikationsraten im KH Oberndorf ____	299
Tabelle 15:	Ausgewählte Eingriffe _____	310
Tabelle 16:	Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im KH Zell am See 2009 bis 2011 _____	314

Tabelle 17: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im KH Zell am See 2011	314
Tabelle 18: Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im LKH Mittersill 2009 bis 2011	315
Tabelle 19: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im LKH Mittersill 2011	315
Tabelle 20: Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im LKH Tamsweg 2009 bis 2011	316
Tabelle 21: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im LKH Tamsweg 2011	316
Tabelle 22: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im KH BBR Salzburg 2011	317
Tabelle 23: Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im KH Oberndorf 2009 bis 2011	317
Tabelle 24: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im KH Oberndorf 2011	318
Tabelle 25: Verweildauer im OP	328
Tabelle 26: Wartezeit zwischen Anästhesiebeginn und erstem Hautschnitt	329

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
Art.	Artikel
ATS	österreichische Schilling
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BlgNR	Beilagen des Nationalrats
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BÖC	Berufsverband österreichischer Chirurgen
bspw.	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz, BGBL. Nr. 1/1930 i.d.g.F.
COPD	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit – Raucherlunge
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
ErlRV	Erläuterungen zur Regierungsvorlage
EUR	Euro
f.	folgende
ff.	fortfolgende
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖGG	Bundesgesetz über die Gesundheit Öster- reich GmbH, BGBL. I Nr. 132/2006 i.d.g.F.
GP	Gesetzgebungsperiode
GQG	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheits- leistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBL. I Nr. 179/2004
Hrsg.	Herausgeber
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IT	Informationstechnologie
i.V.m.	in Verbindung mit

Abkürzungen

KA	Krankenanstalt(en)
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.
KH	Krankenhaus(häuser)
KH BBR Salzburg	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg
KH Hallein	Krankenhaus der Stadtgemeinde Hallein
KH Oberndorf	Krankenhaus der Stadtgemeinde Oberndorf
KH Schwarzach	Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul
KH Zell am See	Krankenhaus der Stadtgemeinde Zell am See
Konvent der Barmherzigen Brüder	Konvent der Barmherzigen Brüder vom Hl. Johannes von Gott
leg. cit.	legis citatae
LGBl.	Landesgesetzblatt
lit.	litera
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH Mittersill	Landeskrankenhaus Mittersill
LKH Salzburg	Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der Paracelsus medizinischen Privatuniversität
LKH Tamsweg	Landeskrankenhaus Tamsweg
Mio.	Million(en)
mwN	mit weiteren Nachweisen
Nr.	Nummer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGC	Österreichische Gesellschaft für Chirurgie
OGH	Oberster Gerichtshof
Oö.	Oberösterreichisch(e, em, en, er, es)
OP	Operation(ssaal)
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PPP	Public Private Partnership
QIP	Quality Indicator Project der Maryland Hospital Association

Abkürzungen



RdM	Recht der Medizin
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
SKAG	Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 – SKAG, LGBl. Nr. 24/2000 i.d.g.F.
SKAP	Salzburger Krankenanstalten- und Großgeräteplan, LGBl. Nr. 87/2007 i.d.g.F.
SOP	Standard Operating Procedures
StGB	Strafgesetzbuch
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Glossar

Appendektomie

operative Entfernung des Blinddarms

Arthroskopie

Hineinsehen in das Körperinnere (Gelenksspiegelung) durch kleine Hautschnitte (minimal invasiv) mit Hilfe eines Geräts (Endoskop)

Cholezystektomie

operative Entfernung der Gallenblase

Disease Management Programm

systematisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen auf Grundlage empirisch nachgewiesener Medizin (evidenzbasiert)

Endoskop(ie)

technisches Gerät (starre oder flexible Rohre mit oder ohne Optik) zur Diagnose und Behandlung in Körperhöhlen

Kolektomie

operative Entfernung des Dickdarms

Kolon (Colon)

Dickdarm

Glossar



Konsiliararzt, konsiliarärztlich

unterstützende patientenbezogene Beratung durch einen in der Regel externen Facharzt; im Rahmen des Tumorboards Beratung vorrangig durch krankenhouseigene Fachärzte

Laparoskopisch

Hineinsehen und Operieren in Körperhöhlen mit Hilfe von Endoskopen

Leistenhernie

Bruch von Bindegewebe im Bereich der Leisten (Leistenbruch)

Maligne Erkrankung

bösartige Erkrankung

Mammateilresektion

teilweise Entfernung der Brust

Mastektomie

Brustentfernung

Mikrobiologie

Lehre von krankheitserregenden Mikroorganismen (Bakterien, Pilze, Protozoen)

Mortalitätsrate

Sterberate

Neonatologie

Lehre von den Frühgeborenen und ihren Erkrankungen

Nosokomiale Infektionen

Infektionen, die sich ein Patient im Laufe des Spitalsaufenthalts zuzieht

Onkologische Fälle (Onkologie)

an Krebs erkrankte Patienten (medizinisches Fachgebiet zur Erkennung und Behandlung von Tumorerkrankungen)

Pankreatektomie

operative Entfernung der Bauchspeicheldrüse

Schlüssellochchirurgie

Operationstechnik mit kleinstmöglichen Zugangsschnitten (minimal-invasive Chirurgie mit Hilfe laparoskopischer Operationstechniken)

Sectio Caesarea

Entbindung mittels Kaiserschnitt

Thyreoidektomie

operative Entfernung der Schilddrüse

Tumorboard

ein Qualitätsinstrument im Sinne einer verpflichtenden konsiliarärztlichen Kooperation, um für die an Krebs erkrankten Patienten die bestmöglichen diagnostischen und therapeutischen Schritte zu besprechen und festzulegen

Glossar

**R
H**

Zytopathologische bzw. histopathologische Untersuchung

Beurteilung von Zellen, die aus einem Gewebeverband durch Abstriche, Biopsien oder Punktion (Zytologie) bzw. aus Gewebe von Operationspräparaten (Histologie) entnommen werden

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbe- handlung in den Landeskrankenhäusern Mittersill und Tamsweg, in den Krankenhäusern Zell am See und Oberndorf sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Salzburg

Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2005 und entgegen der klaren Zielsetzung des Gesetzgebers legte der Bundesminister für Gesundheit noch keine verbindlichen Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Form von Bundesqualitätsrichtlinien fest. Lediglich im Österreichischen Strukturplan Gesundheit waren bundesweit einheitliche fach- und leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien für Krankenanstalten vorgegeben. Diese leisteten einen Beitrag zur Sicherung der Strukturqualität, nicht jedoch der Prozess- und Ergebnisqualität.

Die fünf überprüften Krankenanstalten (Landeskrankenhäuser Mittersill und Tamsweg, Krankenhäuser Zell am See und Oberndorf sowie Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg) erfassten im eigenen Interesse bestimmte Qualitätsparameter (z.B. Komplikationsraten). Interne, standardisierte Fehlermeldesysteme waren nur bei zwei Krankenanstalten eingerichtet; die Qualitätsdaten der fünf Krankenanstalten wurden nicht einheitlich erfasst und waren daher schwer vergleichbar. Mit Ausnahme des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Salzburg wiesen die überprüften Krankenanstalten in bestimmten medizinischen Fachbereichen Fallzahlen auf, die unter den im Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgegebenen Mindestfrequenzen lagen. Diese Ergebnisse stimmten in weiten Bereichen mit jenen der vorangegangenen Gebarungsüberprüfung zu diesem Thema im Landeskrankenhaus Salzburg sowie den Krankenhäusern Schwarzach und Hallein überein.

In keiner der fünf Krankenanstalten bestand die nach dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgesehene Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts bzw. einer telepathologischen Versorgung durch eine andere Krankenanstalt.

KURZFASSUNG**Prüfungsziel**

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, in den Landeskrankenhäusern Mittersill und Tamsweg (LKH Mittersill, LKH Tamsweg), in den Krankenhäusern der Stadtgemeinden Zell am See und Oberndorf (KH Zell am See, KH Oberndorf) sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg (KH BBR Salzburg) die Umsetzung der im Gesundheitsqualitätsgesetz und in den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften des Bundes und des Landes Salzburg festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beurteilen. Anhand ausgewählter medizinischer Eingriffe überprüfte der RH in diesem Zusammenhang auch die Einhaltung der im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vorgegebenen Strukturqualitätskriterien. (TZ 1)

Grundlagen der Qualitätssicherung in den Krankenanstalten

Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2005 und entgegen der klaren Zielsetzung des Gesetzgebers legte der Bundesminister für Gesundheit noch keine verbindlichen Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Form von Bundesqualitätsrichtlinien fest. Auch hatte das BMG erst zwei Bundesqualitätsleitlinien erlassen. (TZ 3, 4)

Obwohl seit dem Jahr 1996 **nach** dem Salzburger Krankenanstaltengesetz (SKAG) die **Verpflichtung** bestand, interne Maßnahmen der Qualitätssicherung **vorzusehen** und die dafür erforderlichen Voraussetzungen im Rahmen einer Verordnung zu schaffen, erließ die Salzburger Landesregierung eine solche Verordnung bisher nicht. (TZ 5)

Die im ÖSG festgelegten fach- und leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien waren grundsätzlich geeignet, zur Sicherung der Strukturqualität in den österreichischen Krankenanstalten beizutragen. Allerdings berücksichtigte der Salzburger Gesundheitsfonds die Strukturqualitätskriterien des ÖSG im Rahmen der LKF-Abrechnung (LKF = leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) nicht in vollem Umfang. Dies hatte zur Folge, dass eine Leistung, die nicht den Strukturqualitätskriterien entsprach, der Krankenanstalt unter Umständen dennoch finanziell abgegolten wurde. (TZ 6, 7)

Ein einheitliches Verfahren der Qualitätsmessung im Interesse der Patienten und für transparente Vergleiche zwischen den Krankenanstalten ist nach Auffassung des RH unverzichtbar. Eine Veröffentlichung von Kennzahlen für einen Qualitätsbericht wird laut BMG nicht vor November 2013 erwartet. (TZ 8)

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Die tatsächliche Personalausstattung der Hygieneteams unterschritt – wenn auch in unterschiedlicher Höhe – in allen fünf überprüften Krankenanstalten das in einem Dokument des BMG jeweils empfohlene Ausmaß. (TZ 12)

Das KH Zell am See, das KH BBR Salzburg und das KH Oberndorf kamen ihren gesetzlichen Verpflichtungen zur Infektions-Surveillance in sehr unterschiedlichem Ausmaß nach. Die LKH Mittersill und Tamsweg setzten diese Verpflichtung zur Infektionsüberwachung nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System bisher nicht um. (TZ 13)

Die Erfassung und Auswertung von Komplikationen handhabten die überprüften Krankenanstalten je nach Abteilung und abhängig vom persönlichen Engagement des jeweiligen Abteilungsleiters unterschiedlich. Eine krankenhausesübergreifende zentrale Auswertung war dadurch in keiner Krankenanstalt möglich. (TZ 14)

Im Unterschied etwa zum Wiener Krankenanstaltengesetz bestand im SKAG keine Verpflichtung, alle durch diagnostische und therapeutische Eingriffe gewonnenen Zellen und Gewebe einer zytopathologischen bzw. histopathologischen Untersuchung zuzuführen. Wie bereits in der Überprüfung des RH im Herbst 2011 (Reihe Bund 2012/12, Reihe Salzburg 2012/9) festgestellt, führten die Salzburger Krankenanstalten zytopathologische bzw. histopathologische Untersuchungen nicht lückenlos im Zuge von Operationen durch. (TZ 15)

Das KH Zell am See und das LKH Tamsweg verfügten über interne Fehlermeldesysteme. Demgegenüber fehlten in den anderen drei überprüften Krankenanstalten solche standardisierten Systeme. (TZ 16)

Alle fünf überprüften Krankenanstalten verwendeten angepasste Versionen der OP-Checkliste der WHO. (TZ 18)

Im KH Zell am See war ein Tumorboard eingerichtet, für das jedoch keine Standard Operating Procedures (SOP) vorlagen. Das KH BBR Salzburg verfügte ebenfalls über ein Tumorboard und arbeitete im Rahmen einer Geschäftsordnung mit dem LKH Salzburg zusammen. Im LKH Mittersill wurden onkologische Behandlungen nur in Abstimmung mit dem LKH Salzburg (onkologisches Zentrum) durchgeführt. Im LKH Tamsweg bestand für die Behandlung von Tumorpatienten keine Kooperationsvereinbarung. Das KH Obern-

Kurzfassung

dorf führte keine Chemotherapien durch und überwies alle Patienten an das LKH Salzburg. (TZ 19)

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Anhand ausgewählter Eingriffe beurteilte der RH in den fünf überprüften Krankenanstalten die Einhaltung der fach- und leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien des ÖSG. Er stellte fest, dass bei einigen Leistungen die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Abteilung unter den vom ÖSG geforderten Mindestwerten lag. (TZ 20)

Mit Ausnahme des KH BBR Salzburg hatten alle überprüften Krankenanstalten zumindest bei einzelnen Leistungen Schwierigkeiten, die im ÖSG angegebenen Mindestfrequenzen auch nur annähernd zu erreichen. Besonders bedenklich war die Situation im KH Zell am See, das die in der Leistungsmatrix geforderten Mindestfrequenzen – mit einer einzigen Ausnahme (Entbindungen – 92 %) – für alle überprüften Eingriffe deutlich verfehlte. Im LKH Mittersill wurden Mindestfrequenzen nur bei Schilddrüsenoperationen unterschritten (2011 nur zwei derartige Eingriffe). Das LKH Tamsweg erreichte die Mindestfrequenzen im Bereich der Endoprothetik bezüglich der Knieoperationen zu 41 %, bezüglich der Hüftoperationen zu 72 %. Das KH Oberndorf erreichte die Mindestfrequenzen für die Eingriffe am Pankreas und an der Schilddrüse nur zu 37 % bzw. zu 14 %. (TZ 21)

Die im ÖSG für die Erbringung bestimmter Leistungen geforderte Möglichkeit der intraoperativen bistopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts bzw. einer telepathologischen Versorgung durch eine andere Krankenanstalt gab es an keiner der fünf überprüften Krankenanstalten. (TZ 21)

Im KH BBR Salzburg erbrachten externe Fachärzte ohne Deckung in der Versorgungsplanung elektive orthopädische und unfallchirurgische Leistungen. Dennoch wurden diese Leistungen vom Salzburger Gesundheitsfonds vergütet. Die Salzburger Landesregierung als Aufsichtsbehörde duldete diese Praxis. (TZ 22)

In drei (KH Zell am See, LKH Mittersill und KH BBR Salzburg) der fünf überprüften Krankenanstalten waren Fachschwerpunkte (reduzierte Organisationsformen) eingerichtet. Ihre Anbindung an entsprechende Patronanzabteilungen war jeweils unterschiedlich gelöst. Eine schriftliche Vereinbarung über diese Zusammenarbeit gab es nur im LKH Mittersill. (TZ 23)

**Qualitätssicherungsmaßnahmen in
Salzburger Krankenanstalten**

Die Verweildauern im OP-Bereich (Zeitraum zwischen Ein- und Ausschleusen abzüglich Schnitt-Naht-Zeiten) bewegten sich in einer unauffälligen Bandbreite. Ihre Größenordnung entsprach im Übrigen den Verweildauern im 2011 vom RH überprüften KH Schwarzach. Auch bei den Wartezeiten im OP zwischen der Einleitung der Narkose und erstem Hautschnitt gab es keine auffälligen bzw. nicht erklärbaren Abweichungen zwischen vier überprüften Krankenanstalten (das LKH Tamsweg verfügte über keine auswertbaren Daten). (TZ 24, 25)

Sonstige Feststellungen

In einer Abteilung des LKH Tamsweg gab es in Bezug auf zwei Ärzte Unstimmigkeiten bei der Zeiterfassung. (TZ 26)

Wann ein im Krankenhaus verstorbener Patient zu obduzieren ist, ist im SKAG nur allgemein geregelt und in Verordnungen nicht näher ausgeführt. Dies führte zu unterschiedlichen Vorgangsweisen in den fünf überprüften Krankenanstalten. (TZ 27)

Getroffene Maßnahmen

Während der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle zeigte der RH einen potenziellen Interessenkonflikt im LKH Tamsweg auf, weil ein Arzt im LKH Tamsweg sowohl eine unselbständige Beschäftigung (im Rahmen der Anstellung) als auch eine selbständige Beschäftigung (als Belegarzt) ausübte. Noch während der Gebarungsüberprüfung setzte das LKH Tamsweg die Empfehlung des RH zur Bereinigung dieses Interessenkonflikts um. (TZ 28)

Kenndaten zu Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in den Landeskrankenhäusern Mittersill und Tamsweg, in den Krankenhäusern Zell am See und Oberndorf sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Salzburg

überprüfte Krankenanstalten	Krankenhaus Zell am See, Landeskrankenhaus Mittersill, Landeskrankenhaus Tamsweg, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg, Krankenhaus Oberndorf				
Rechtsträger	Stadtgemeinde Zell am See für das KH Zell am See; Land Salzburg (Abteilung 8 Finanz- und Vermögensverwaltung) für die LKH Mittersill und Tamsweg; Konvent der Barmherzigen Brüder vom Hl. Johannes von Gott für das KH BBR Salzburg; Stadtgemeinde Oberndorf (51 %) in PPP mit der VAMED Management und Service GmbH & Co KG (49 %) für das KH Oberndorf				
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F., Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten				
Bundesrecht	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.				
Landesrecht	Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl. Nr. 24/2000				
Rechtsgrundlagen bezüglich Qualität	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBl. I Nr. 179/2004 Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBl. I Nr. 132/2006, i.d.g.F.				
	KH Zell am See	LKH Mittersill	LKH Tamsweg	KH BBR Salzburg	KH Oberndorf
Leistungsdaten 2011	Anzahl				
tatsächliche Betten	266	105	147	235	111
stationäre Aufenthalte	18.352	5.952	5.911	14.199	5.514
Frequenzen ambulanter Patienten	125.913	37.262	47.630	43.219	40.591
	in %				
Auslastung nach Belagstagen	67,72	71,00	64,98	75,56	71,70
	Anzahl				
durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	3,58	4,56	5,90	4,62	5,06
Personal in VZÄ	455,56	159,13	240,40	389,00	196,34
Endkosten in Mio. EUR	41,91	14,66	17,97	40,10	18,52
LKF-Punkte in Mio.	33,60	12,19	13,85	35,66	14,94
Kosten je LKF-Punkt in EUR	1,25	1,20	1,30	1,12	1,24

Quellen: LKH Mittersill und Tamsweg, KH Zell am See und Oberndorf, KH BBR Salzburg, OIAG

Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 Der RH überprüfte von Mai bis Juli 2012 im Rahmen einer Querschnittsüberprüfung Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Patientenbehandlung in den Landeskrankenhäusern Mittersill und Tamsweg (LKH Mittersill, LKH Tamsweg), in den Krankenhäusern der Stadtgemeinden Zell am See und Oberndorf (KH Zell am See, KH Oberndorf) sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg (KH BBR Salzburg). Diese Gebarungüberprüfung stand im Zusammenhang mit der Ende 2011/Anfang 2012 vom RH durchgeführten themengleichen Überprüfung des LKH Salzburg und der KH Schwarzach und Hallein¹ (Reihe Bund 2012/12, Reihe Salzburg 2012/9) und soll einen Gesamtüberblick über die Qualitätssicherung in den öffentlichen Krankenanstalten im Land Salzburg ermöglichen.

Ziel der Gebarungüberprüfung war es, in den fünf genannten Krankenanstalten die Umsetzung der im Gesundheitsqualitätsgesetz und in den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) sowie in den entsprechenden Landesausführungsgesetzen – konkret im Salzburger Krankenanstaltengesetz (SKAG) – festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beurteilen. Anhand ausgewählter medizinischer Eingriffe (Mandel- und Nasenpolypentfernung, Bauchchirurgie, Schilddrüsenoperationen, Gallenblasenentfernung, Kaiserschnittgeburten, Brustentfernungen, Arthroskopien, Knie- und Hüftendoprothetik) überprüfte der RH in diesem Zusammenhang auch die Einhaltung der im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vorgegebenen Strukturqualitätskriterien.

Im Hinblick darauf, dass die Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten bereits in der vorangegangenen Gebarungüberprüfung behandelt wurden, entsprechen die grundsätzlichen Ausführungen und die diesbezüglich an das BMG bzw. das Land Salzburg gerichteten Schlussempfehlungen im Wesentlichen jenen im bereits dazu ergangenen Bericht.

Zu dem im Oktober 2012 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das BMG, das Land Salzburg, die Stadtgemeinden Zell am See und Oberndorf sowie der Konvent der Barmherzigen Brüder vom Hl. Johannes von Gott (Konvent der Barmherzigen Brüder) im Jänner 2013 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im März 2013.

¹ Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der Paracelsus medizinischen Privatuniversität, Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul, Krankenhaus der Stadtgemeinde Hallein

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

Allgemeines

2 Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitswesen dienen im Wesentlichen der Verbesserung der Versorgung der Patienten in organisatorischer, technischer bzw. pflegerischer und ärztlicher Hinsicht. Für Träger von Krankenanstalten sind derartige Maßnahmen mittlerweile unverzichtbar geworden; einerseits aufgrund der gesetzlichen Vorgaben und andererseits deshalb, weil Qualitätssicherung in der Regel auch zu einer optimierten Ressourcennutzung führt und daher dazu beitragen kann, Rationalisierungspotenziale besser auszuschöpfen.²

Regelungen über die Qualitätssicherung in Krankenanstalten finden sich insbesondere in folgenden Rechtsvorschriften und Vereinbarungen auf Bundes- und Länderebene:

- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F. (KAKuG),
- Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004 (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG),
- Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl. Nr. 24/2000 i.d.g.F. (SKAG) sowie
- Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG).

Gesundheitsqualitätsgesetz

3.1 (1) Das Gesundheitsqualitätsgesetz wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 mit dem Ziel beschlossen, ein bundesländer- und sektorenübergreifendes Qualitätssystem zu implementieren und verbindliche Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu schaffen. Der Bundesgesetzgeber entschied sich dabei jedoch nicht für ein konkretes Qualitätsmanagementmodell, sondern überließ es dem Bundesminister für Gesundheit, Qualitätsstandards entweder in Form von verbindlichen Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung zu erlassen oder in Form von Bundesqualitätsleitlinien im Sinne einer Hilfestellung zu empfehlen (§ 4 Gesundheitsqualitätsgesetz).³

² vgl. dazu: Tragl, Die Grundlagen der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung, in: Fischer/Tragl (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Medizin, Wien 2000, S. 9 und die Ausführungen in der Qualitätsstrategie des Bundes (S. 3 Z 5), die unter www.goeg.at/de/Bereich/Qualitaetsstrategie.html abrufbar ist.

³ Laut den Erläuterungen sollte dadurch „einerseits die Flexibilität der Gesundheitsleister in der Qualitätsarbeit gestützt werden, andererseits auch die Weiterentwicklung von Qualitätsmanagementsystemen und –modellen und der Wettbewerb nicht behindert werden“.

(2) Konkreter und für den Bundesminister für Gesundheit verpflichtend waren die vom Gesetzgeber in den §§ 5 ff. Gesundheitsqualitätsgesetz verankerten Vorgaben, die im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigten. Demnach waren vom Bundesminister u.a. verbindliche Strukturqualitätskriterien und Anforderungen im Bereich der Prozessqualität zu entwickeln sowie Indikatoren bzw. Referenzgrößen zur Ergebnisqualität und auch entsprechende Meldepflichten festzulegen.

Weiters hatte der Bundesminister den Aufbau einer bundeseinheitlichen bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsherichterstattung vorzugeben. Darüber hinaus war eine bundesweite Beobachtung und Kontrolle der Mitwirkung an der Qualitätsberichterstattung, der Umsetzung von Bundesqualitätsrichtlinien und der Anwendung von Bundesqualitätsleitlinien sicherzustellen.

(3) Ungeachtet dieser gesetzlichen Verpflichtung erließ der Bundesminister für Gesundheit bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung keine verbindlichen Qualitätsvorgaben (Bundesqualitätsrichtlinien).

3.2 Der RH beanstandete, dass seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2005 und entgegen der klaren Zielsetzung des Gesetzgebers noch keine verbindlichen Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Form von Bundesqualitätsrichtlinien festgelegt wurden. Er empfahl dem BMG, entsprechende Vorgaben zu erlassen.

3.3 *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass es keine gesetzliche Verpflichtung zur Erlassung von Bundesqualitätsleit- und -richtlinien gebe. Die Festlegung verbindlicher Qualitätsvorgaben habe sich in der Praxis nicht in jedem Fall als zweckmäßig und in der Sache zielführend herausgestellt. So sei insbesondere zu beachten, dass die Unterschiede hinsichtlich der historisch gewachsenen Strukturen und bei den darauf aufbauenden Versorgungsprozessen teilweise sehr groß seien und durchaus ihre Berechtigung haben könnten.*

Weiters hätten sich die Länder in der bislang geltenden Art. 15a-Ver Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ein Mitspracherecht insofern ausbedungen, als die Inhalte aller Verordnungen im Rahmen des Gesundheitsqualitätsgesetzes nur im Konsens zwischen Bund und Ländern festgelegt werden könnten. Nunmehr hätten sich Bund und Länder im Rahmen der Verhandlungen zu einer politischen Vereinbarung über ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem darauf geeinigt, dass der Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen im Rahmen der zukünftigen Zielsteuer-

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

rung-Gesundheit ein sehr hoher Stellenwert einzuräumen sein werde und dass – insbesondere zur Sicherstellung bundesweit einheitlicher Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität – das genannte Mitspracherecht entfallen könne.

Das BMG hob schließlich hervor, dass im ÖSG und im Rahmen der LKF-Abrechnungsvorschriften bereits verbindliche Qualitätsstandards bestünden und sich diese Regelungen – mit entsprechender Verknüpfung mit der Finanzierung – sehr gut bewährten.

- 3.4 Der RH entgegnete unter Verweis auf die gesetzlichen Materialien⁴, dass es gerade die Intention des Gesetzgebers war, mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz die Grundlage für ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem zu schaffen und die Einhaltung von Qualitätsvorgaben bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen verbindlich vorzuschreiben.

Zum Hinweis des BMG auf das Mitspracherecht der Länder hielt der RH fest, dass ein solches am gesetzlichen Auftrag des Bundesministers zur Erlassung verbindlicher Qualitätsvorgaben nichts ändert.

Da ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem, wie es das Gesundheitsqualitätsgesetz forderte, ohne bundeseinheitliche, sektorenübergreifende und transparente Standards nicht denkbar war, beurteilte der RH die Bemühungen des BMG, im Rahmen der zukünftigen Zielsteuerung-Gesundheit bundesweit einheitliche Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität sicherstellen zu wollen, positiv. Derartige Vorgaben standen im Übrigen, wie die im ÖSG enthaltenen Qualitätsstandards bewiesen, einer individuellen Behandlung und Patientenorientierung nicht entgegen.

Bundesinstitut für
Qualität im Gesundheitswesen

- 4.1 (1) Das mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz im Jahr 2006 eingerichtete Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (Bundesinstitut) sollte den Bundesminister für Gesundheit insbesondere bei der Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen sowie bei der Überprüfung, Empfehlung, Erarbeitung und der Kontrolle von Qualitätsstandards unterstützen. Dementsprechend beauftragte der Bundesminister das Bundesinstitut im Jahr 2008, in einer sogenannten „Metaleitlinie“ die Methode für die Entwicklung und Evaluierung von Qualitätsstandards festzulegen.

⁴ EⁿRV 693 der Beilagen XXII. GP, S. 27 f.

Die Metaleitlinie wurde im Jahr 2010 fertiggestellt; darauf aufbauend veröffentlichte das BMG zwei Bundesqualitätsleitlinien, bei denen es sich um Qualitätsstandards mit Empfehlungscharakter handelte:

- das „Disease Management Programm für Diabetes mellitus Typ 2“⁵ und
- die „Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen“.

Vom Bundesinstitut bereits fertiggestellt, aber noch nicht in Form einer Bundesqualitätsleitlinie veröffentlicht, waren Qualitätsstandards zur Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening sowie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Weitere Bundesqualitätsleitlinien zu den Themen Demenz, Parkinson und COPD (Chronisch obstruktive Lungenkrankheit – Raucherlunge) befanden sich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in Planung.

(2) Darüber hinaus hatte das Bundesinstitut die Aufgabe, Qualitätsberichte zu erstellen.⁶ Erstmals veröffentlichte es im Jahr 2011 zwei themenspezifische Berichte über den Bereich Patientenzufriedenheit und über Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten.

Mittelfristiges Ziel des Bundes war eine periodische Veröffentlichung eines österreichischen Qualitätsberichts, jedoch fehlten laut Bundesinstitut bisher die erforderlichen Daten.

- 4.2 Der RH hemängelte, dass seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2005 erst zwei Bundesqualitätsleitlinien erlassen wurden. Er empfahl dem BMG unter Hinweis auf die im Gesundheitsqualitätsgesetz festgelegten Verpflichtungen, den Aufbau eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems zügig voranzutreiben.

Weiters empfahl der RH dem BMG im Interesse einer einheitlichen Qualitätsberichterstattung die Entwicklung von Vorgaben auf Basis bereits bestehender Dokumentationsgrundlagen⁷. Wie den TZ 13 und 14 zu entnehmen ist, erfassten die fünf vom RH überprüften Krankenanstalten bereits auf freiwilliger Basis Qualitätsparameter (z.B. Infektionsraten), die jedoch unterschiedlich und nicht vergleichbar waren.

⁵ Programm zur Behandlung von Zuckerkrankheiten Typ 2

⁶ vgl. § 4 Abs. 2 Z 4 GÖGG (Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH)

⁷ z.B. LKF-System, Pflege-, Intensiv- und OP-Protokolle

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

4.3 *Das BMG hielt in seiner Stellungnahme fest, dass es in den letzten beiden Jahren zusätzlich zu der bereits vorhandenen Bundesqualitätsleitlinie „Disease Management Programm für Diabetes mellitus Typ 2“ die Bundesqualitätsleitlinie zur Präoperativen Diagnostik, Qualitätsstandards für die Brustkrebs-Früherkennung sowie die Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement erlassen habe.*

4.4 Der RH hielt an seiner Kritik fest, nahm aber die zwischenzeitlich erfolgten Bemühungen des BMG, u.a. die Erlassung der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement, zur Kenntnis.

Vorgaben im Krankenanstaltenrecht

5.1 (1) Im Bereich „Heil- und Pflegeanstalten“ (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) liegt die Grundsatzgesetzgebung beim Bund; die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung kommt den Ländern zu. Demnach waren für die Qualitätssicherung im KH Zell am See, in den LKH Mittersill und Tamsweg, im KH BBR Salzburg sowie im KH Oberndorf sowohl das KAKuG als auch das SKAG einschlägig.

Die KAKuG-Novelle 1993⁸ schuf im Krankenanstaltenrecht erstmals spezifische Regelungen⁹ für Qualitätssicherung. Demnach hat die Landesgesetzgebung die Krankenanstaltenträger zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzusehen, die vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglichen. Die Voraussetzungen für diese Maßnahmen haben die Träger selbst zu schaffen, wobei laut KAKuG drei Dimensionen von Qualität zu berücksichtigen sind:

- Strukturqualität (Wie gut ist die sachliche und personelle Ausstattung der Krankenanstalt auf die angebotene medizinische Versorgung abgestimmt?);
- Prozessqualität (Wie gut sind die im Rahmen der medizinischen Versorgung in der Krankenanstalt zu durchlaufenden Prozesse darauf abgestimmt, das bestmögliche Behandlungsergebnis zu erzielen?);
- Ergebnisqualität (Wie gut ist das erzielte im Vergleich zum erzielbaren Behandlungsergebnis?).

⁸ BGBl. Nr. 801/1993

⁹ § 5b KAKuG

Innerhalb dieses gesetzlichen Rahmens kann der Rechtsträger selbst entscheiden, wie er dem Gebot zur Qualitätssicherung konkret nachkommt und z.B. eine eigene Qualitätsstrategie formulieren.

(2) Gemäß dem SKAG¹⁰ sind die Rechtsträger von Krankenanstalten verpflichtet, interne Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und die dafür erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen. Konkretere Vorgaben waren von der Landesregierung durch Verordnung zu erlassen. Obwohl diese Verpflichtung bereits seit dem Jahr 1996¹¹ bestand, erließ die Salzburger Landesregierung eine solche Verordnung bis zum Ende der Gebarungüberprüfung nicht.

(3) Im Unterschied dazu hatte etwa die Oberösterreichische Landesregierung bereits im Jahr 2000 eine entsprechende Verordnung erlassen¹², obwohl im Oö. Krankenanstaltengesetz¹³ keine Verpflichtung dazu bestand. Danach waren die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten, der Sanatorien sowie der privaten Krankenanstalten zur Akutversorgung in Oberösterreich verpflichtet, an einem Qualitätsprojekt¹⁴ teilzunehmen und Daten für verschiedene Indikatoren zu erfassen.¹⁵

5.2 Der RH beanstandete, dass die Salzburger Landesregierung bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Verpflichtung mehr als 15 Jahre säumig hlieb. Er empfahl dem Land Salzburg, die Verordnung zur näheren Bestimmung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Kontrolle im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umgehend zu erlassen.

5.3 *Das Land Salzburg wies in seiner Stellungnahme betreffend die in § 33 SKAG normierte Verpflichtung zur Erlassung einer Verordnung darauf hin, dass die Kundmachung des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2004, also zeitlich nach der Erlassung des SKAG erfolgt sei. Gemäß § 3 Abs. 1 Gesundheitsqualitätsgesetz seien die Bestimmungen dieses Gesetzes bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unab-*

¹⁰ § 33 leg. cit.

¹¹ LGBl. Nr. 76/1995, § 12 f.

¹² Verordnung der Oberösterreichischen Landesregierung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten, LGBl. Nr. 77/2000 i.d.g.F.

¹³ siehe § 27 Abs. 6 Oö. Krankenanstaltengesetz 1997, LGBl. Nr. 132/1997 i.d.g.F.: „Die Landesregierung kann ...“.

¹⁴ Quality Indicator Project (QIP) der Maryland Hospital Association

¹⁵ vgl. § 2 der Verordnung der Oberösterreichischen Landesregierung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten, LGBl. Nr. 77/2000 i.d.g.F.; z.B. im Krankenhaus zugezogene Infektionen, Kathedereinsatz, Mortalität, ungeplante Rückkehr in den OP oder speziell auf den Bereich der Psychiatrie zugeschnittene Indikatoren wie unvorhergesehene Abgänge oder der Gebrauch von physischen Maßnahmen

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

hängig von der Organisationsform der Leistungserbringer einzuhalten, somit auch für den Bereich der Krankenanstalten.

Das Land Salzburg verwies weiters auf die Zielsetzung des Gesundheitsqualitätsgesetzes, ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Der zuständige Bundesminister habe sicherzustellen, dass diese Arbeiten bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen. Ein solches Qualitätssystem sei nach Ansicht des Landes Salzburg sinnvoller als die Schaffung von neun „Insellösungen“ für den intramuralen Bereich, die im schlechtesten Fall nicht einmal miteinander vergleichbar wären. In diesem Sinne begrüße das Land Salzburg ausdrücklich die diesbezüglichen Empfehlungen des RH an das BMG. Die Forderung des RH nach Erlassung einer „Salzburger Qualitätsverordnung“ widerspreche den Vorgaben, die an eine wirtschaftliche, sparsame und zweckmäßige Verwaltung zu stellen seien.

Abschließend wies das Land Salzburg noch darauf hin, dass auch der Entwurf der Art. 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit ein österreichisches Qualitätssystem mit bundeseinheitlichen, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifenden (insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs) Vorgaben vorsehe.

- 5.4 Der RH teilte die Ansicht des Landes Salzburg bezüglich der grundsätzlichen Sinnhaftigkeit eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems. Allerdings wurde dem § 33 Abs. 1 zweiter Satz SKAG durch § 3 Abs. 1 Gesundheitsqualitätsgesetz nicht materiell derogiert, weil aus Sicht des RH weder eine Normenkonkurrenz noch ein Normenkonflikt vorlagen. Das Gesundheitsqualitätsgesetz stützt sich auf die in Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG verankerte Kompetenz des Bundes für die Gesetzgebung und Vollziehung im Gesundheitswesen. Mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz sollte demnach die Grundlage für die Festsetzung von allgemeinen Qualitätsstandards für das gesamte Gesundheitswesen geschaffen werden, die unabhängig davon gelten, von wem und in welchem organisatorischen Rahmen (intra- oder extramural) die Gesundheitsdienstleistung erbracht wird.

Hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten ist jedoch gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nur die Grundsatzgesetzgebung Bundessache; die Erlassung von Ausführungsgesetzen sowie die Vollziehung obliegt den Bundesländern. Vorgaben darüber, welche konkreten Maßnahmen der Qualitätssicherung im Rahmen der Organisation einer Krankenanstalt vorzusehen sind, fallen daher in die Zuständigkeit der Länder als Ausführungsgesetzgeber (vgl. § 5b Abs. 1 Satz 1 KAKuG). Folgerichtig verpflichtet § 33 SKAG die Rechtsträger der Krankenanstalten



Grundlagen der Qualitätssicherung
in Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in
Salzburger Krankenanstalten

zu internen Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Landesregierung zur Erlassung einer diesbezüglichen Verordnung.

Zum Argument des Landes, eine „Salzburger Qualitätsverordnung“ widerspreche einer wirtschaftlichen, sparsamen und zweckmäßigen Verwaltung, verwies der RH erneut auf die klare gesetzliche Verpflichtung und hielt daher seine Empfehlung aufrecht.

Österreichischer
Strukturplan Gesundheit

6.1 (1) Der ÖSG 2010 ist Grundlage für die Leistungsangebotsplanung in den regionalen Strukturplänen. Er legt fachbezogene und leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien fest.¹⁶

Tabelle 1: Übersicht Strukturqualitätskriterien ÖSG 2010

Leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien	
Mindestversorgungsstruktur	z.B. Referenzzentrum, Abteilung, reduzierte Organisationsformen
Mindest-Krankenanstaltentyp	in Bezug auf die Vorhaltung von Strukturen im Fachbereich Kinderheilkunde
intensivmedizinische Versorgung	z.B. Intensivstation, Überwachungseinheit
intraoperative histopathologische Befundung	Möglichkeit eines Gefrierschnitts am Krankenanstalten-Standort bzw. mittels Telepathologie
Mindestfrequenz	Soll-Fallzahl pro Jahr und Krankenanstalten-Standort
Fachbezogene Strukturqualitätskriterien	
Versorgungsstrukturen	z.B. Abteilung, Fachschwerpunkt, dislozierte Tagesklinik
Personalausstattung und -qualifikation	z.B. Anwesenheit Fachärzte, Funktionspersonal etc.
Infrastruktur	z.B. technisch apparative Ausstattung
Sonstige	z.B. Teilnahme an Ergebnisqualitätsregistern

Quellen: ÖSG 2010; RH

¹⁶ vgl. Art. 4 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008: „Verbindliche Qualitätskriterien stellen einen integrierenden Bestandteil der Planungsaussagen im Rahmen der Leistungsangebotsplanung dar.“

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

(2) Die fachbezogenen Planungsgrundsätze und Qualitätskriterien enthalten Vorgaben insbesondere hinsichtlich der Versorgungsstrukturen, der Personalausstattung und -qualifikation sowie der Infrastruktur.

Die Vorgaben bezüglich der Versorgungsstruktur bestimmen, im Rahmen welcher Organisationsformen die Leistungen einer Fachrichtung in einer Krankenanstalt erbracht werden dürfen. So sind bspw. Leistungen der Fachrichtung Orthopädie und orthopädische Chirurgie nur an solchen Krankenanstalten zu erbringen, an denen entweder ein Fachschwerpunkt oder eine Vollabteilung eingerichtet ist. Die fachlich verwandten Leistungen des Fachbereichs Unfallchirurgie waren pro Versorgungsregion sogar möglichst nur an einer zentralen unfallchirurgischen Standardabteilung zu erbringen, die auch als „Mutterabteilung“ von Satellitendepartements¹⁷ an anderen Standorten fungieren kann.

Bei den Vorgaben bezüglich der Personalausstattung handelt es sich um Richtwerte, von denen nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden darf. Diese können je nach Versorgungsstufe (Maximalversorgung, Schwerpunktversorgung oder Grundversorgung) unterschiedlich sein.

Die Infrastrukturvorgaben des ÖSG enthalten eine Aufzählung der erforderlichen Einrichtungen bzw. Geräte. So ist z.B. für den Fachbereich Unfallchirurgie vorgeschrieben, dass die apparative Ausstattung einer sogenannten „Schockraummannschaft“ im Rahmen einer unfallchirurgischen Abteilung der Ausstattung einer anästhesiologischen Überwachungseinheit entsprechen muss.

(3) Bezüglich der leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien enthält der ÖSG eine sogenannte Leistungsmatrix, die – bezogen auf die zu erbringenden Leistungen – u.a. die abteilungsspezifische Organisationsform, die Organisationsform der intensivmedizinischen Versorgung und Mindestfrequenzen pro ausgewählter medizinischer Einzelleistung umfasst.

6.2 Nach Ansicht des RH waren die im ÖSG formulierten Planungsgrundsätze und Qualitätskriterien grundsätzlich geeignet, zur Sicherung der Strukturqualität in den österreichischen Krankenanstalten beizutragen.

¹⁷ dezentrale, kleine Versorgungseinheiten an anderen KA-Standorten im organisatorischen Verbund mit der Mutterabteilung einer zumeist größeren KA

Verbindlichkeit der
Strukturqualitäts-
kriterien

7.1 (1) Gemäß der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens¹⁸ stellt der ÖSG die verbindliche Grundlage für die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur dar. Er ist daher als Rahmenvorgabe für die Länder bei der Entwicklung ihrer regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) zu betrachten.¹⁹

Darüber hinaus wurde mit einer Novelle des KAKuG²⁰ klargestellt, dass insbesondere die Qualitätskriterien des ÖSG den Stand der medizinischen Wissenschaft im Sinne des § 8 Abs. 2 KAKuG abbilden und diesbezüglich „als Sachverständigengutachten“ in die Rechtsordnung einfließen. Sie sind von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze²¹ und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen.

Eine medizinische Leistung ist daher nur dann als „nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich erbracht“²² zu qualifizieren, wenn in der betreffenden Krankenanstalt die Qualitätskriterien des ÖSG eingehalten werden.

(2) Bei der Abrechnung im System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) waren die Qualitätskriterien des ÖSG grundsätzlich zu berücksichtigen. So hatten sich Bund und Länder im Rahmen der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Art. 4 Abs. 8) darauf geeinigt, die Abrechenbarkeit von Leistungen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds durch die Leistungserbringer an die verpflichtende Einhaltung der qualitativen Inhalte des ÖSG und der regionalen Detailplanungen, insbesondere des RSG, zu binden.

(3) Ein Monitoring des Salzburger Gesundheitsfonds²³ wies zwar die Krankenanstalten **anhand einzelner Leistungen** auf die Nichterfüllung bestimmter Qualitätskriterien des ÖSG hin; dies führte jedoch nur fallweise zu einem Punkteabzug.

¹⁸ BGBl. I Nr. 105/2008

¹⁹ In den Ländern sind dazu die Landesgesundheitsplattformen zuständig.

²⁰ BGBl. I Nr. 147/2011

²¹ Landesregierung bzw. Landeshauptmann und Bezirksverwaltungsbehörden

²² vgl. § 8 Abs. 2 KAKuG

²³ Der Salzburger Gesundheitsfonds führt die Abgeltung der Leistungen der Fondskrankenanstalten durch und gewährt Zuschüsse und Zuwendungen an Einrichtungen des Gesundheitswesens für strukturverbessernde Maßnahmen.

Grundlagen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten

7.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass der Salzburger Gesundheitsfonds die Strukturqualitätskriterien des ÖSG im Rahmen der LKF-Abrechnung nicht in vollem Umfang berücksichtigte. Dies hatte zur Folge, dass eine Leistung, die nicht den Strukturqualitätskriterien entsprach, der Krankenanstalt unter Umständen dennoch finanziell abgegolten wurde.

Der RH empfahl dem Land Salzburg, den Salzburger Gesundheitsfonds dazu anzuhalten, die Abrechnungskriterien nach dem LKF-System an die Strukturqualitätskriterien des ÖSG anzugleichen und Leistungen, die diesen nicht entsprechen, den Fondskrankenanstalten auch nicht zu vergüten.

7.3 *Laut Stellungnahme des Landes Salzburg seien seit der **Einrichtung des Salzburger Gesundheitsfonds bzw. zuvor des Salzburger Krankenanstalten-Finanzierungsfonds bei Nichterfüllung dieser angeführten Kriterien entsprechende LKF-Punkteabzüge vorgenommen worden; der Abzug habe sich im ersten Jahr des Bestehens des Fonds (1997) auf ca. 2,3 Mio. ATS und im Jahr 2011 auf 930.000 EUR belaufen. Seit Jänner 2010 werde ein spezielles Programmmodul des KDok (Dokumentationssystem für landesfondsfinanzierte **Krankenanstalten**) angewendet, das generell unter Verwendung der sogenannten Leistungsmatrix des ÖSG eine Auswertung von LKF-Punkten liefere, die als Subtrahend (abzuziehende Zahl) bei der Berechnung der leistungsbezogenen Auszahlungen des Salzburger Gesundheitsfonds herangezogen würde; im Jahr 2011 habe der Abzug 240.000 EUR betragen. Dem RH seien seit diesem Zeitpunkt die Unterlagen über die mit dem Programm des Bundes ermittelten Abzüge vorgelegen.***

7.4 Der RH anerkannte die Bemühungen des Salzburger Gesundheitsfonds, nur zulässige Leistungen im Sinne des LKF-Modells bzw. des ÖSG bzw. der Festlegung der medizinischen Aufgabengebiete abzurechnen. Die Unterlagen über die mit dem Programm des Bundes ermittelten Abzüge wurden vom RH berücksichtigt. Im Hinblick darauf, dass im KH BBR Salzburg elektive orthopädische bzw. unfallchirurgische Leistungen entgegen den Strukturqualitätskriterien des ÖSG erbracht und dennoch vom Salzburger Gesundheitsfonds abgegolten wurden, hielt er seine Kritik aufrecht.

Indikatorenmodell

8.1 (1) Im Rahmen eines von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Projekts war geplant, ein Indikatorenmodell²⁴ auf alle Krankenanstalten Österreichs auszuweiten.²⁵ Dieses Modell greift auf Daten zurück, die über das LKF-System routinemäßig in jeder Krankenanstalt erfasst werden und dem BMG verpflichtend zu melden sind, weshalb kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand anfällt. Als Schwerpunktindikatoren werden vorerst Auswertungen für die Behandlungspfade Herzinfarkt, Lungenentzündung und Oberschenkelhalsbruch durchgeführt.

Eine Veröffentlichung von Kennzahlen für einen Qualitätsbericht wird laut BMG nicht vor November 2013 erwartet. Der Qualitätsbericht soll u.a. folgende Kennzahlen beinhalten: Mortalitätsraten, Erwartungswerte, Information zu Operationstechnik, Intensivhäufigkeit bei bestimmten Operationen, Wiederaufnahmeraten und Komplikationen.

(2) Der Salzburger Gesundheitsfonds führte 2011 auf Basis der Daten des Jahres 2010 für die drei oben genannten Behandlungspfade eine Probeauswertung in allen Salzburger Krankenanstalten durch. Dabei zeigten sich gegenüber anderen Bundesländern nur geringe Auffälligkeiten. Die Auswertungen werden 2012 fortgeführt.

8.2 Nach Ansicht des RH ist ein einheitliches Verfahren der Qualitätsmessung im Interesse der Patienten und für transparente Vergleiche zwischen den Krankenanstalten unverzichtbar. Der RH empfahl daher dem BMG, die Bemühungen zur flächendeckenden Einführung eines Indikatorenmodells in der Bundesgesundheitskommission voranzutreiben.

8.3 *Das BMG hielt dazu in seiner Stellungnahme fest, dass es das Indikatorenmodell A-IQI seit Juni 2011 flächendeckend für alle Krankenanstalten zur Verfügung gestellt habe. In der Version 2012 seien ca. 120 Indikatoren enthalten, welche mit den Routinedaten aus dem Jahr 2011 überprüft würden. Die Ergebnisse stünden den Leistungserbringern seit Oktober 2012 flächendeckend zur Verfügung.*

²⁴ Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI

²⁵ Dieses Indikatorenmodell wurde von der NÖ Landeskliniken-Holding in Zusammenarbeit mit einem deutschen Klinikenträger und dem Schweizer Bundesamt für Gesundheit entwickelt.

**Qualitätsindikatoren
in Deutschland**

9.1 (1) In der Bundesrepublik Deutschland wurden 182 Qualitätsindikatoren für 25 Behandlungspfade erstellt und definiert. Die Daten werden bundesweit einheitlich gesammelt und ausgewertet. Die Ergebnisse finden Eingang in jährliche Qualitätsreports, die im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (eines Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen) erstellt werden.

Die folgende Tabelle veranschaulicht am Beispiel eines konkreten chirurgischen Eingriffs (Gallenblasenentfernung – Cholezystektomie) die deutschen Qualitätsindikatoren:

Tabelle 2: Deutsche Qualitätsindikatoren für die Cholezystektomie mit Referenzwerten und Ergebnissen 2009, 2010			
Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	Ergebnis 2009	Ergebnis 2010
	in %		
Indikation fraglich	≤ 5,0	1,4	1,3
präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	≥ 95,0	97,6	97,7
Erhebung eines histologischen Befundes	≥ 95,0	99,2	99,3
Eingriffsspezifische Komplikationen			
Patienten mit Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus	Sentinel Event ¹	0,14	0,10
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation nach laparoskopisch begonnener Operation	≤ 6,1	2,4	2,4
Allgemeine postoperative Komplikationen			
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	≤ 7,7	2,9	2,9
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation nach laparoskopisch begonnener Operation	≤ 6,0	2,0	2,0
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation nach offenchirurgischer Operation	≤ 33,0	14,0	14,5
Reinterventionsrate	≤ 1,5	0,9	0,9
Letalität	Sentinel Event ¹	0,5	0,4

¹ seltenes schwerwiegendes Ereignis

Quelle: Qualitätsreport 2010 vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen



Qualitätsindikatoren in Deutschland



Qualitätssicherungsmaßnahmen in
Salzburger Krankenanstalten

(2) Ausgehend von Studien, wonach bei ausgewählten Eingriffen²⁶ ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit durchgeführter Operationen und der Qualität der Behandlungsergebnisse besteht, entschied der deutsche Bundesgesetzgeber im Jahr 2002, für bestimmte Behandlungen Mindestmengen vorzuschreiben. Im Unterschied zur Situation in Österreich zog die Unterschreitung der vorgeschriebenen Mindestmengen für die deutschen Krankenanstalten finanzielle Konsequenzen nach sich.

Bisher wurden in Deutschland für folgende Behandlungen Mindestmengen festgelegt:

Operation	Mindestmenge pro Krankenhaus (Arzt)
Lebertransplantation	20
Nierentransplantation	25
komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre)	10
komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	10
Stammzellentransplantation	25
Kniegelenk Totalendoprothesen ¹	50
koronarchirurgische Eingriffe	²
Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 g	30 ³

¹ Die Mindestmenge von 50 Kniegelenktotalendoprothesen erklärte das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg mit Urteil vom 17. August 2011, L 7 KA 77/08 KL für nichtig.

² Die Aufnahme in den Katalog erfolgte vorerst ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge.

³ mit Beschluss vom 16. Dezember 2010 befristet ausgesetzt

Quelle: Mindestmengenvereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses 2011

(3) Die Erfahrungen in Deutschland zeigten, dass die regelmäßige Qualitätsberichterstattung zu einer Qualitätssteigerung führte.

9.2 Die Erfahrungen in Deutschland untermauerten die Empfehlungen des RH bezüglich der Abrechnungskriterien nach dem LKF-System (TZ 7) und der flächendeckenden Einführung des Indikatorenmodells (TZ 8).

²⁶ z.B. Bauchspeicheldrüse, Kniegelenk, PTCA (Eingriff am Herz), akuter Myokardinfarkt, Organtransplantation

Qualitätsindikatoren in Deutschland

- 9.3 *Das BMG teilte dazu mit, dass diese Entwicklungen sehr genau beobachtet würden; man habe sich in den für die ÖSG- und LKF-Weiterentwicklung zuständigen Gremien der Bundesgesundheitsagentur darauf verständigt, dass als Voraussetzung für die verbindliche Festlegung von Mindestfrequenzen eine wissenschaftlich breit fundierte internationale Evidenz vorhanden sein müsse. Die Akzeptanz und Einhaltung solcher Kriterien sei im hohen Maß vom empirischen Nachweis ihrer qualitätssichernden und qualitätsfördernden Wirkungen abhängig. Wissenschaftlich angreifbare Festlegungen, die unter Umständen bis zu Gerichtsverfahren führen, würden sich dagegen auf die Akzeptanz solcher Festlegungen erfahrungsgemäß kontraproduktiv auswirken.*
- 9.4 Der RH wies darauf hin, dass auch in Deutschland ein empirisch nachgewiesener Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität Voraussetzung für die Festsetzung von Mindestmengen war.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Allgemeines

- 10.1 Als Maßnahmen der Qualitätssicherung im Sinne des § 5b KAKuG bzw. des § 33 SKAG kamen für die Rechtsträger der Krankenanstalten insbesondere
- Maßnahmen des Hygienemanagements (siehe auch TZ 12 und 13),
 - die Erfassung von Komplikationsraten (siehe auch TZ 14),
 - die Durchführung von histologischen Untersuchungen (siehe auch TZ 15),
 - die Einführung von Fehlermelde- und Lernsystemen (siehe auch TZ 16),
 - die Anwendung von Checklisten (siehe auch TZ 18),
 - die interdisziplinäre Besprechung onkologischer Fälle im Rahmen eines Tumorboards (siehe auch TZ 19) sowie
 - pathologische Untersuchungen (siehe auch TZ 27)

in Frage, weshalb der RH sich im Rahmen seiner Überprüfung auf diese Themenbereiche konzentrierte.



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in
Salzburger Krankenanstalten

10.2 Der RH empfahl dem Land Salzburg, die angeführten Qualitätsindikatoren in die zu erlassende Verordnung (siehe TZ 5) aufzunehmen.

Hygieneteam –
Grundlagen

11 (1) Gemäß § 8a KAKuG ist in jeder Krankenanstalt ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaustygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur **Wahrung der Belange der Hygiene** zu bestellen. Zu deren **Unterstützung ist** darüber hinaus **mindestens** eine qualifizierte Person **des gehobenen** Dienstes für **Gesundheits-** und **Krankenpflege als Hygienefachkraft** zu bestellen, die **ihre Tätigkeit** in Krankenanstalten, **deren Größe dies** erfordert, **hauptberuflich** auszuüben hat.

Krankenhaustygieniker bzw. **Hygienebeauftragter** und **Hygienefachkraft** haben gemeinsam (als sogenanntes **Hygieneteam**) u.a. folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- Erstellung von Arbeitsanleitungen bzw. Richtlinien zu hygienisch relevanten Tätigkeiten,
- **Erstellung** von Hygieneplänen,
- Infektionsüberwachung und -statistik,
- Information und Fortbildung der Mitarbeiter der Krankenanstalt über die **Belange der Hygiene**,
- fachliche und **inhaltliche** Begleitung der Maßnahmen zur **Überwachung nosokomialer Infektionen**.

Gemäß § 28 Abs. 8 SKAG hat das in der Krankenanstalt beschäftigte Personal dem Krankenhaustygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten alle erforderlichen Informationen zukommen zu lassen und ihn über besondere Vorkommnisse, insbesondere betreffend die Infektionsüberwachung, in Kenntnis zu setzen.

Um diesen Aufgaben nachkommen zu können, sind sowohl ausreichende personelle Ressourcen als auch eine adäquate Infrastruktur für das Hygieneteam Voraussetzung. Das BMG hat daher in dem Dokument PROHYG 2.0 „Organisation und Strategie der Krankenhaustygiene“ folgende Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung des Hygieneteams ausgesprochen:

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Tabelle 4: Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung der Hygieneteams (PROHYG 2.0)

Krankenanstaltentyp	Krankenhaushygieniker/ Hygienebeauftragter	Hygienefachkraft
	in VZÄ	
Zentralkrankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker und 1 Hygienebeauftragter Krankenanstalt > 800 Betten + 1 pro 400 Betten	mindestens 1 pro 150 Betten
Schwerpunkt-Krankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter Krankenanstalt > 400 Betten + 1 pro 400 Betten	mindestens 1 pro 200 Betten
Standard-Krankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter pro 400 Betten	mindestens 1 pro 200 Betten

Quellen: PROHYG; RH

(2) Das zeitliche Ausmaß der Tätigkeit des Hygieneteams war, abgesehen von der Bettenanzahl, abhängig vom Leistungsangebot der Krankenanstalt und den damit verbundenen potenziellen Infektionsrisiken, die von der Anstaltsleitung zu ermitteln und festzulegen waren. Ebenso war eine geeignete Stellvertretungsregelung zu treffen.²⁷

Hygieneteams in den fünf überprüften Krankenanstalten

12.1 (1) Im KH Zell am See waren je ein Facharzt für Gynäkologie bzw. für Urologie als Hygienebeauftragte tätig und im Ausmaß von zusammen 0,5 VZÄ freigestellt. Ein diplomierter Krankenpfleger war halbtags als Hygienefachkraft tätig. Eine weitere Pflegefachkraft, deren Einsatz als Hygienefachkraft im Ausmaß von 0,75 VZÄ geplant war, hatte die dafür nötige Ausbildung noch nicht abgeschlossen und befand sich in Karenz.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standard-Krankenanstalt mit rd. 300 Betten wie das KH Zell am See vor, dass ein Hygienebeauftragter mit 75 % seiner Vollzeitarbeitszeit sowie zwei Hygienefachkräfte im Ausmaß von insgesamt 1,5 VZÄ Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten.

²⁷ Im Jahr 1992 wurde erstmals in Österreich der Rechtsträger einer Krankenanstalt zu Schadenersatz verurteilt, weil keine ausreichenden Maßnahmen ergriffen worden waren, um Krankenhausinfektionen zu verhindern, darunter auch, dass es keine Stellvertretung für den Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragten gab (vgl. OGH 2 Ob 538/92 vom 17. Juni 1992).



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in
Salzburger Krankenanstalten

KH Zell am See	Krankenhaustygieniker		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
Standardkranken- anstalt mit 293 Planbetten	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
	1 pro 400 Betten = 0,75 bei 300 Betten	0,5	1 pro 200 Betten = 1,5 bei 300 Betten	0,5

Quelle: KH Zell am See

(2) Am LKH Mittersill war ein Facharzt für Chirurgie als Hygienebeauftragter mit ca. 200 Stunden im Jahr tätig. Im Rahmen eines Werkvertrags nahm eine diplomierte Krankenpflegekraft im Ausmaß von vier bis fünf Stunden pro Monat die Aufgaben der Hygienefachkraft wahr.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 100 Betten vor, dass ein Hygienebeauftragter mit 25 % seiner Vollzeitarbeitszeit sowie eine Hygienefachkraft mit 50 % ihrer Vollzeitarbeitszeit Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten.

LKH Mittersill	Krankenhaustygieniker		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
Standardkranken- anstalt mit 113 Planbetten	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
	1 pro 400 Betten = 0,25 bei 100 Betten	0,12 ¹	1 pro 200 Betten = 0,5 bei 100 Betten	0,03 ²

¹ 200 Stunden von 1.680 Jahresstunden

² 5 Stunden pro Monat zu 160 Monatsstunden

Quelle: LKH Mittersill

(3) Im LKH Tamsweg befand sich ein Arzt in Ausbildung zum „Hygienebeauftragten Arzt“, um diese Funktion in Zukunft im Ausmaß von 0,2 VZÄ übernehmen zu können. Eine entsprechend ausgebildete diplomierte Pflegekraft war im Ausmaß einer Halbtagsstelle als Hygienefachkraft tätig.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 140 Betten vor, dass ein Hygienebeauftragter mit 35 % seiner Vollzeitarbeitszeit sowie eine Hygienefachkraft mit 70 % ihrer Vollzeitarbeitszeit Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Tabelle 7: Personalausstattung des Hygieneteams im LKH Tamsweg

LKH Tamsweg	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
Standardkrankenanstalt mit 139 Planbetten	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
		1 pro 400 Betten = 0,35 bei 140 Betten	0,2	1 pro 200 Betten = 0,7 bei 140 Betten

Quelle: LKH Tamsweg

(4) Im KH BBR Salzburg war ein Oberarzt der Anästhesie als hygienebeauftragter Arzt tätig, für diese Funktion jedoch nicht freigestellt. Eine entsprechend ausgebildete diplomierte Pflegekraft war im Ausmaß von 0,5 VZÄ als Hygienefachkraft beschäftigt.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 240 Betten eine Freistellung von insgesamt 0,6 VZÄ für den oder die Hygienebeauftragten und von insgesamt 1,2 VZÄ für die Hygienefachkräfte vor.

Tabelle 8: Personalausstattung des Hygieneteams im KH BBR Salzburg

KH BBR Salzburg	Krankenhausthygieniker		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
Standardkrankenanstalt mit 235 Planbetten	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
		1 pro 400 Betten = 0,6 bei 240 Betten	0	1 pro 200 Betten = 1,2 bei 240 Betten

Quelle: KH BBR Salzburg

(5) Im KH Oberndorf war ein Oberarzt der Orthopädie im Ausmaß von 0,25 VZÄ als hygienebeauftragter Arzt tätig. Eine entsprechend ausgebildete diplomierte Pflegekraft war im Ausmaß von 0,25 VZÄ als Hygienefachkraft beschäftigt.

Im Vergleich dazu sahen die Empfehlungen des BMG für eine Standardkrankenanstalt mit rd. 110 Betten vor, dass eine Hygienefachkraft mit 55 % ihrer Vollzeitarbeitszeit Hygieneaufgaben wahrnehmen sollte. Die Freistellung des hygienebeauftragten Arztes entsprach mit 25 % annähernd den empfohlenen 0,28 VZÄ.

Tabelle 9: Personalausstattung des Hygieneteams im KH Oberndorf

KH Oberndorf	Krankenhaustygieniker		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
Standardkranken- anstalt mit 111 Planbetten	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
	1 pro 400 Betten = 0,28 bei 110 Betten	0,25	1 pro 200 Betten = 0,55 bei 110 Betten	0,25

Quelle: KH Oberndorf

- 12.2 Die tatsächliche Personalausstattung der Hygieneteams unterschritt – wenn auch in unterschiedlicher Höhe – in allen überprüften Krankenanstalten das im Dokument PROHYG 2.0 des BMG jeweils empfohlene Ausmaß.

Dringenden Handlungsbedarf ortete der RH insbesondere dort, wo die Empfehlungen nicht einmal zu 50 % erreicht wurden. Dies war bezüglich der Hygienefachkräfte im KH Zell am See (33 %), im LKH Mittersill (6 %), im KH BBR Salzburg (42 %) und im KH Oberndorf (45 %) der Fall. Bezüglich der Hygienebeauftragten traf dies auf das LKH Mittersill (48 %) und das KH BBR Salzburg zu, in welchem der hygienebeauftragte Arzt über keine Freistellung verfügte.

Der RH empfahl den überprüften Krankenanstalten, die Personalausstattung ihrer Hygieneteams zu ergänzen und sich dabei an den Empfehlungen des BMG zu orientieren.

- 12.3 *Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Zell am See sei es problematisch, dass eine vom BMG in Heftform publizierte Empfehlung über den Umweg „Stand der Wissenschaft“ zu einer verbindlichen Vorgabe mit entsprechenden Kostenauswirkungen erklärt worden sei. Auch verfüge das KH Zell am See über 266 Betten, weshalb ein Hygienebeauftragter im Ausmaß von 66,5 % seiner Vollzeitarbeitszeit und zwei Hygienefachkräfte im Ausmaß von 1,33 VZÄ Hygieneaufgaben wahrnehmen sollten. Ergänzend führte die Stadtgemeinde Zell am See aus, dass eine hauptamtliche Hygienefachkraft (eine ausgebildete Molekularbiologin und diplomierte Pflegekraft) auf einer 0,75-VZÄ-Stelle vorgesehen sei, wegen Mutterschutz/Karenz die Spezialausbildung jedoch noch nicht abgeschlossen habe. Alle Bemühungen um eine Karenzvertretung seien erfolglos gewesen. Nach Rückkehr der angesprochenen Hygienefachkraft aus der Karenz und Beendigung ihrer Spezialausbildung stünden 1,25 VZÄ für diesen Bereich zur Verfügung.*

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Bezüglich des LKH Mittersill teilte das Land Salzburg mit, dass ein zweiter Arzt eine entsprechende Ausbildung absolviere. Im Sinne der Empfehlung des RH sei hinsichtlich der Hygienefachkraft bereits eine neue 0,5-VZÄ-Stelle geschaffen worden.

Laut Stellungnahme des Konvents der Barmherzigen Brüder sei die Personalausstattung der Hygiene eine Leitlinie mit Empfehlungscharakter und keine zwingende Vorgabe.

Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Oberndorf seien die fehlenden 45 % VZÄ im Bereich der Hygienefachkraft budgetiert worden; eine Mitarbeiterin werde im Mai 2013 die entsprechende Ausbildung beginnen.

- 12.4 Der Stadtgemeinde Zell am See entgegnete der RH, dass er bei allen überprüften Krankenanstalten von den im Salzburger Landeskrankenanstaltenplan genehmigten Planbetten (somit rd. 300 im Falle des KH Zell am See) ausgegangen war, weil sich die Personalplanung seiner Ansicht nach an dem von der Landesregierung vorgesehenen Leistungsangebot orientieren soll.

Gegenüber dem KH Zell am See und dem KH BBR Salzburg verwies der RH auf seine Ausführungen in TZ 11, wonach es sich im Zusammenhang mit dem Dokument PROHYG um Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung des Hygieneteams handelt. Aus Sicht des RH war eine solche allerdings Voraussetzung für eine gut funktionierende Infektionsüberwachung, zu der die Krankenanstalten gesetzlich verpflichtet waren.

Nosokomiale Infektionen

- 13.1 Nosokomiale Infektionen sind Infektionen, die sich ein Patient im Laufe des Spitalsaufenthalts zuzieht.²⁸ Sie stellen auch einen erheblichen Kostenfaktor dar, der sich aus der verlängerten Verweildauer des Patienten (durchschnittlich vier Tage) sowie aus zusätzlicher Diagnostik und Therapie der Infektionen – oft auch auf der Intensivstation – ergibt.²⁹ Um nosokomiale Infektionen nach Möglichkeit zu vermeiden, sind die Krankenanstalten gesetzlich verpflichtet, entsprechende Vorkehrungen und organisatorische Maßnahmen zu treffen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die fortlaufende, systematische Erfassung, Analyse und Interpretation relevanter Daten zu

²⁸ unabhängig davon, ob die Folgewirkungen vor oder erst nach der Entlassung auftreten

²⁹ vgl. das vom BMG herausgegebene Dokument PROHYG 2.0, Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene, S. 5 f.



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in
Salzburger Krankenanstalten

nosokomialen Infektionen („Surveillance“) sowie eine entsprechende Rückmeldung an die jeweilige Fachabteilung von Bedeutung.³⁰

Die diesbezügliche Verantwortung liegt bei der kollegialen Führung (Anstaltsleitung). Letzten Endes wird aber der Rechtsträger schadenersatzpflichtig, sofern die Krankenanstalt keine ausreichenden Maßnahmen getroffen hat, um nosokomiale Infektionen zu verhindern.³¹

Gemäß § 8a Abs. 4 KAKuG bzw. § 28 Abs. 5 lit. h SKAG ist ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Überwachungssystem (sogenanntes Surveillance-System) einzurichten. Darunter sind Systeme wie das österreichische ANISS-Projekt³² oder das deutsche KISS³³ zu verstehen. Die Überwachung sollte sich schwerpunktmäßig auf besondere Risikobereiche innerhalb der Krankenanstalt beziehen. Der Gesetzgeber nennt in diesem Zusammenhang etwa die Fachdisziplinen Intensivmedizin und Chirurgie.

(1) Im KH Zell am See wurden Infektionen nach dem deutschen KISS-System nur an der Abteilung für Unfallchirurgie für die Indikator-OP arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk erfasst. In den anderen Fachbereichen gab es keine Infektionsüberwachung mit Hilfe eines dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-Systems. Für die Intensivstation wurde eine Erfassung nach KISS zwar überlegt, aber bisher nicht umgesetzt.

(2) Im LKH Mittersill war keine Infektionsüberwachung auf Basis eines dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-Systems eingerichtet. Am Fachschwerpunkt Orthopädie stand jedoch ein an KISS angelegter Erfassungsbogen für postoperative Wundinfektionen in Verwendung.

(3) Im LKH Tamsweg war geplant, für bestimmte Eingriffe eine Infektions-Surveillance über KISS einzuführen. Ein an KISS angelegter Erfassungsbogen war nach Angaben des LKH zwar in Verwendung, entsprechende Auswertungen lagen jedoch nicht vor. Eine Infektions-

³⁰ vgl. <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/>

³¹ vgl. die letztinstanzliche Verurteilung eines Landes als Rechtsträger einer Krankenanstalt durch den OGH (2 Ob 538/92 vom 17. Juni 1992)

³² Das ANISS-Projekt (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System) wird seit 2004 als gemeinsames Projekt von der Medizinischen Universität Wien (Klinisches Institut für Krankenhaushygiene) und dem BMG betrieben und dient der laufenden, standardisierten Infektionserfassung in österreichischen Krankenanstalten.

³³ KISS (Deutsches Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) wird seit 1996 als gemeinsames Projekt vom nationalen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene und dem Robert Koch Institut in Berlin zur laufenden Infektionserfassung betrieben.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

überwachung auf Basis eines dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-Systems war in Tamsweg nicht eingerichtet.

(4) Im KH BBR Salzburg wurden nosokomiale Infektionen auf der anästhesiologischen und der internen Intensivstation im Rahmen von ICdoc³⁴ nach den Kriterien des ANISS-Projekts erfasst. In den anderen Fachbereichen gab es eine derartige Infektionsüberwachung nicht.

(5) Das KH Oberndorf erfasste nosokomiale Infektionen auf der Abteilung für Orthopädie anhand des Indikators „Erst-Implantation einer Knieendoprothese“ und auf der Abteilung für Chirurgie anhand des Indikatoreingriffs „Verschluss einer Leistenhernie“ und wertete diese aus. Auf der Intensivstation wurden Infektionen im Rahmen der routinemäßig durchgeführten Dokumentationen im elektronischen Krankenhaus-Informationssystem (KIS, PATIDOC) erfasst. Der Beitritt zum ICdoc-System des Vereins ASDI³⁵ war geplant.

- 13.2 Der RH stellte kritisch fest, dass die fünf überprüften Krankenanstalten ihren gesetzlichen Verpflichtungen zur Infektions-Surveillance nur in sehr unterschiedlichem Ausmaß bzw. bisher gar nicht nachkamen. Der RH sah dies im Zusammenhang mit dem Versäumnis der Salzburger Landesregierung, nähere Bestimmungen über Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen einer Verordnung zu erlassen (TZ 5). Die Verpflichtung zur Infektions-Surveillance hätte in dieser Verordnung konkretisiert werden sollen.³⁶

Dem KH Zell am See, in dem eine systematische Infektions-Surveillance nur an der Abteilung für Unfallchirurgie vorhanden war, empfahl der RH eine Ausdehnung auf die Fachbereiche Allgemeine Chirurgie (anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“), Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikators „Kaiserschnitt“) sowie – wie bereits geplant – auf den Intensivbereich.

Die LKH Mittersill und Tamsweg waren der gesetzlichen Verpflichtung zur Infektionsüberwachung nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System bisher nicht nachgekommen. Der RH empfahl daher dem LKH Mittersill, ein ent-

³⁴ Intensiv Care Documentation; Dokumentation von Patientendaten auf der Intensivstation

³⁵ Verein ASDI – Österreichisches Zentrum für Dokumentation und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin

³⁶ In Oberösterreich war auf diese Weise eine Teilnahme am QIP verfügt worden. Vgl. die Verordnung der Oberösterreichischen Landesregierung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten, I.GBl. Nr. 77/2000 i.d.g.F. und die Ausführungen unter TZ 5 in diesem Bericht.

sprechendes System einzurichten, und dem LKH Tamsweg, die schon vorhandenen Pläne für eine Infektionsüberwachung über KISS umzusetzen. Dies sollte in beiden Krankenanstalten anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“ (Allgemeine Chirurgie) und „Knie- sowie Hüftendoprothetik“ (Orthopädie bzw. Unfallchirurgie) sowie im LKH Tamsweg zusätzlich anhand des Indikators „Kaiserschnitt“ erfolgen.

Im KH BBR Salzburg war eine systematische Infektions-Surveillance nur an der Intensivstation vorhanden. Der RH empfahl daher eine Ausdehnung auf den Fachbereich Allgemeine Chirurgie (anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“).

Dem KH Oberndorf empfahl der RH, die Einführung des ICdoc-Systems auf der Intensivstation wie geplant umzusetzen und im Bereich der Allgemeinen Chirurgie auf die Kolektomie auszuweiten.

13.3 *Die Stadtgemeinde Zell am See teilte in ihrer Stellungnahme mit, das KH Zell am See habe unabhängig von einer schrittweisen Ausweitung der Infektionserfassung nach dem KISS-System in der Allgemein Chirurgie die Wund- bzw. Bauchdeckeninfektionen nach laparoskopischen Eingriffen statistisch erfasst und keine einzige postoperative Infektion vorgefunden. Die Aufzeichnungen hätte es nur in Papierform gegeben; im Übrigen sei dieses Monitoring wieder eingestellt worden.*

Im LKH Mittersill sei laut Stellungnahme des Landes Salzburg ein Surveillance-System mit den Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“ sowie „Knie- und Hüftendoprothetik“ geplant.

Betreffend das LKH Tamsweg hielt das Land Salzburg in seiner Stellungnahme fest, dass LKH sei bemüht, der Verpflichtung zur Infektionsüberwachung nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System nachzukommen. Im Rahmen der Implementierung einer EDV-gestützten Pflegedokumentation werde in weiterer Folge auch die Implementierung eines KISS-Systems angestrebt.

Der Konvent der Barmherzigen Brüder teilte in seiner Stellungnahme mit, dass für das Jahr 2013 eine entsprechende Software für die Infektionsüberwachung angedacht werde.

Die Stadtgemeinde Oberndorf erklärte in ihrer Stellungnahme, dass die Einführung des ICdoc-Systems wie geplant umgesetzt und die systematische Infektions-Surveillance im Bereich der Allgemeinen Chirurgie auf die Colonresektionen ausgeweitet worden sei.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Erfassung von Komplikationen

14.1 Wesentliche Indikatoren für die Qualität der medizinischen Leistungserbringung sind auch Art und Anzahl von Komplikationen nach operativen Eingriffen. Da diesbezüglich weder auf Bundes- noch auf Landesebene einheitliche Vorgaben bestanden, ermittelte der RH, ob bzw. in welchem Umfang die fünf Krankenanstalten Komplikationen – abgesehen von der Dokumentation in der Krankengeschichte – systematisch erfassten.

Eine solche Erfassung ist nicht nur Voraussetzung für krankenhaushausweite Auswertungen von Komplikationsraten, sondern auch für Meldungen an zentrale Register und damit für ein krankenhaushausübergreifendes Benchmarking. Beispiele für derartige Register waren das freiwillige Geburtenregister Österreichs³⁷ und das Hüftendoprothesen-Register³⁸, das zukünftig alle in österreichischen Krankenanstalten durchgeführten Primärimplantationen und Komponentenwechsel dokumentieren soll.

(1) Im KH Zell am See wurden Komplikationen nicht zentral erfasst und krankenhaushausweit ausgewertet. Abteilungsspezifisch erfolgte eine Erfassung in den Fachbereichen Innere Medizin, Unfallchirurgie, Anästhesie und Intensivmedizin sowie durch die Geburtshilfe im Rahmen der Teilnahme am österreichischen Geburtenregister.

³⁷ Im Jahr 2005 beauftragte die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe das Institut für klinische Epidemiologie in Innsbruck, das für das Bundesland Tirol seit 2000 bestehende Register für die freiwillige Teilnahme von geburtshilflichen Abteilungen aller österreichischen Krankenanstalten sowie Hebammen, die Geburten selbstständig betreuen, zu öffnen. Siehe dazu *Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe* 4/2007, S. 5 f.

³⁸ Mit der Einführung des Hüftendoprothesen-Registers sollen laut ÖBIG bundesweit einheitliche Daten über Behandlungserfolge bzw. über Unterschiede bei der Verwendung von Implantaten verschiedener Hersteller generiert und ausgewertet werden können.