



Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

Eine zentrale Anmeldung aller krebserkrankten Patienten innerhalb einer bestimmten Frist war nicht vorgesehen; jede Abteilung⁷⁷ erstellte ihre eigene Anmelde-liste. Nur die Radioonkologin und der Radiologe erhielten diese Listen vorab.

- 25.2 Der RH wertete das Bestreben des KRAGES-Tumorboards positiv, alle an Krebs erkrankten Patienten im Tumorboard anzumelden, um eine lückenlose Erfassung aller Tumorpatienten sicherzustellen.

Handlungsbedarf sah der RH jedoch im Zusammenhang mit der Definition der sogenannten „Routinefälle“ und des Auswahlverfahrens für die Besprechung solcher Fälle im Tumorboard. Er empfahl der KRAGES, gemeinsam mit dem Land Burgenland und dem BMG eine Vorgangsweise festzulegen, die unter Beachtung der vom ÖSG vorgesehenen Versorgungs- und Verantwortlichkeitsstrukturen für jeden Patienten eine optimale Behandlungsqualität sicherstellt.

Den KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart empfahl der RH eine lückenlose Anmeldung aller an Krebs erkrankten Patienten im Tumorboard.

Das KH BBR Eisenstadt betreffend verwies der RH auf seine an das BMG gerichteten Empfehlungen in TZ 20 und 23 nach einer Klarstellung hinsichtlich der pathologischen Versorgung in Onkologischen Schwerpunkten und der Zulässigkeit von Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgungen. Darüber hinaus hielt er kritisch fest, dass die im KH BBR Eisenstadt praktizierte Vorgangsweise bestimmter Abteilungen, Standardfälle nicht im Tumorboard anzumelden, in einem Spannungsverhältnis zum Wortlaut des ÖSG stand, wonach „... jede Person mit einer malignen Neuerkrankung im Tumorboard anzumelden war ...“.

Für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards empfahl der RH dem KH BBR Eisenstadt, gemeinsam mit dem Land Burgenland und dem BMG für das Tumorboard eine dem ÖSG entsprechende Vorgangsweise bezüglich des Patientenkreises festzulegen. Ferner wäre zu bestimmen, wann bzw. wie oft ein Patient ins Tumorboard eingebracht werden muss. Weiters wäre das Anmeldeverfahren (Gesamtliste, Anmeldefristen etc.) umfassend zu regeln.

Für den Fall, dass das KH Güssing und das KH BBR Eisenstadt affiliierte Partner des Brustgesundheitszentrums im AKH Wien werden,

⁷⁷ Aufgrund der wenigen Fälle hatte die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe keine eigenen Anmelde-listen; die vorzustellenden Patientinnen wurden dem Sekretariat der Internen Abteilung bekannt gegeben.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

sollten die KRAGES und das KH BBR Eisenstadt für die betroffenen Patientinnen die Vorgangsweise im Tumorboard regeln.

25.3 (1) *Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es sowohl die KRAGES als auch das KH BBR Eisenstadt bei den notwendigen Festlegungen zur onkologischen Versorgung im Hinblick auf Sicherstellung ÖSG-konformer Regelungen inhaltlich unterstützen werde.*

(2) Das Land Burgenland verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass in allen Landeskrankenanstalten und im KH BBR Eisenstadt ein Tumorboard bestehe. Damit seien die strukturellen Voraussetzungen gemäß ÖSG in allen Fondskrankenanstalten geschaffen worden.

Das KH Güssing sei im Jahr 2011 nach „Joint Commission“ zertifiziert worden. Alle übrigen Landeskrankenanstalten befänden sich derzeit in einem Zertifizierungsprozess, der auch die Aufarbeitung von Mängeln miteinschleße.

(3) Das Land Burgenland und die KRAGES verwiesen in ihren Stellungnahmen weiters auf das bereits genannte Expertengutachten der GÖG, wonach es aufgrund der Häufigkeit von Krebserkrankungen organisatorisch nicht möglich sein werde, jeden Patienten mit einer onkologischen Erkrankung in einem Tumorboard zu besprechen; dies sei auch wegen eindeutiger internationaler Richtlinien für die Behandlung spezieller Krebserkrankungen nicht sinnvoll. Daher sei es notwendig, klare Vorgaben zu treffen, welche Patienten tatsächlich von einer Vorstellung im Tumorboard profitierten. Dazu sei in der Geschäftsordnung eine Präzisierung vorgenommen worden⁷⁸. Bezüglich der Kritik, dass nicht alle Patienten im Tumorboard angemeldet worden seien, hielt das Expertengutachten der GÖG fest, dass mit Ausnahme des KH Kittsee (80 %) die Anmeldequote zwischen 96 % und 100 % gelegen sei.

⁷⁸ Diese geänderte Geschäftsordnung wurde in der Folge vom RH angefordert; sie befand sich noch im Entwurfstadium. Die angesprochene Änderung lautete im Entwurf wie folgt: „Es ist verpflichtend, Patienten zum Zeitpunkt der Erstdiagnose, die von einer interdisziplinären bzw. multimodalen Therapie profitieren oder dieser bedürfen könnten, im Tumorboard zu besprechen. Die Vorstellung hat grundsätzlich bei der Erstdiagnose vor Therapiebeginn, sowie nach dem chirurgischen Ersteingriff zu erfolgen. Dies gilt auch für das lokoregionäre Rezidiv.“

Patienten mit einer lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Erkrankung werden nur dann im Tumorboard vorgestellt, wenn tatsächlich alle im Tumorboard vertretenen Kerndisziplinen für diesen Fall über diagnostische/therapeutische Optionen verfügen. Vielmehr werden bilateral unmittelbar jene Disziplinen einbezogen, die für die jeweilige Situation diagnostisch oder therapeutisch relevant sind.

Jedes Mitglied des Tumorboards kann die angemeldeten Routinefälle prüfen und entscheidet, ob und in welchem Ausmaß der Patient besprochen werden soll.“



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

(4) Die KRAGES sagte weiters die Umsetzung der Empfehlung betreffend Affilierung des KH Güssing zu.

(5) Der Konvent der Barmherzigen Brüder verwies betreffend die an das KH BBR Eisenstadt gerichtete Empfehlung, für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards zu bestimmen, wann bzw. wie oft ein Patient ins Tumorboard eingebracht werden muss, und das Anmeldeverfahren (Gesamtliste, Anmeldefristen etc.) umfassend zu regeln, auf die Zuständigkeit des Tumorboards.

25.4 (1) Der RH wertete die Bereitschaft des BMG, die KRAGES und das KH BBR Eisenstadt bei den Festlegungen im Zusammenhang mit dem im Tumorboard zu behandelnden Patientenkreis zu unterstützen, positiv; er empfahl dem BMG in diesem Zusammenhang, mit der KRAGES insbesondere auch die von ihr geplanten Änderungen der Geschäftsordnung betreffend den im Tumorboard (nicht) vorzustellenden Patientenkreis im Hinblick auf ihre ÖSG-Konformität zu erörtern. Der RH hob im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit die Bedeutung von klaren Vorgaben für eine Tumorboard-Geschäftsordnung hervor. Diese sollten sich insbesondere auch mit der Definition des Patientenkreises bzw. der Behandlung im Tumorboard (Anmeldung/Vorstellung) und der Zusammenarbeit von Onkologischem Zentrum/Schwerpunkt und assoziierter onkologischer Versorgung beschäftigen. Im Hinblick auf die vom RH im Rahmen seiner Gebarungsüberprüfungen festgestellten unterschiedlichen Vorgangsweisen und bestehenden Unklarheiten sollten diese Thematiken auch im Rahmen der geplanten Revision des ÖSG behandelt werden, um für jeden Patienten eine optimale Behandlungsqualität sicherzustellen.

(2) Gegenüber dem Land Burgenland wies der RH darauf hin, dass aus der Zertifizierung einer Krankenanstalt nicht die Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Verpflichtungen zur Qualitätssicherung abgeleitet werden kann.

(3) Weiters wiederholte der RH gegenüber dem Land Burgenland und der KRAGES betreffend die Definition der sogenannten „Routinefälle“ und des Auswahlverfahrens für die Besprechung solcher Fälle im Tumorboard seine Empfehlung nach einer zwischen der KRAGES, dem Land und dem BMG gemeinsam festzulegenden Vorgangsweise. Diese soll unter Beachtung der vom ÖSG vorgesehenen Versorgungs- und Verantwortlichkeitsstrukturen für jeden Patienten eine optimale Behandlungsqualität sicherstellen. Dies auch deshalb, weil im Tumorboard der KRAGES auch assoziierte onkologische Versorgungsleistungen und in diesen laut ÖSG die Erbringung von Therapie und Übernahme weiterer Leistungen in Abstimmung mit dem kooperie-

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

renden Onkologischen Schwerpunkt und/oder Onkologischen Zentrum zu erfolgen hat. In diesem Zusammenhang sollte auch die ÖSG-Konformität der Änderungen der Geschäftsordnung Tumorboard mit dem BMG geklärt werden. Weiters sollte die KRAGES insbesondere das KH Kittsee anhalten, eine lückenlose Anmeldung der onkologischen Patienten im Tumorboard vorzunehmen.

(4) Weiters wiederholte der RH die Empfehlung, dass das KH BBR Eisenstadt, gemeinsam mit dem Land Burgenland und dem BMG, für das Tumorboard eine dem ÖSG entsprechende Vorgangsweise bezüglich des Patientenkreises festlegen sollte. Dem Konvent der Barmherzigen Brüder gegenüber stellte der RH ferner klar, dass gemäß Bgld. KAG 2000 die kollegiale Führung einer Krankenanstalt die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen hat. Daher hat die kollegiale Führung des KH BBR Eisenstadt auch für die Schaffung der ÖSG-konformen Rahmenbedingungen für das Tumorboard zu sorgen. Der RH verblieb daher bei seinen Empfehlungen.

- 26.1** Der ÖSG legte für das Tumorboard betreffend Dokumentation verbindliche schriftliche Vereinbarungen zur Beschlussfassung der Behandlungsvorschläge und zur Dokumentationspflicht fest.

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Die Geschäftsordnung Tumorboard sah vor, die Dokumentation der Entscheidungen des Tumorboards direkt im Onko-Dekurs⁷⁹ vorzunehmen. Weiters war ein Kurzprotokoll⁸⁰ für jedes Tumorboard vorgesehen; darin wurde zwar die Anzahl der je Krankenanstalt vorgestellten Tumorpatienten genannt, nicht jedoch deren Namen bzw. Geburtsdatum.

Weiters war aus dem Protokoll nicht erkennbar, ob die den einzelnen Patienten betreffenden Tumorboardentscheidungen jeweils in Anwesenheit aller vom ÖSG vorgesehenen Fachrichtungen getroffen wurden; dies war auch im Onko-Dekurs nicht vermerkt.

⁷⁹ IT-gestützte Tumordokumentation für jeden an Krebs erkrankten Patienten

⁸⁰ mit Datum, Dauer, Teilnehmer, Liste der besprochenen Patienten, technischen Verzögerungen



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

KH BBR Eisenstadt

Wie erwähnt hatte das KH BBR Eisenstadt keine Verfahrens- bzw. Arbeitsanweisungen für das Tumorboard und damit auch keine schriftlichen Festlegungen hinsichtlich der Dokumentation der Tumorboardbeschlüsse getroffen.

Ein Gesamtprotokoll (alle vorgestellten Patienten, Teilnehmer etc.) über die Tumorboardsitzungen bestand nicht.⁶¹ Die Tumorboardbeschlüsse wurden in die jeweilige elektronische Patientenakte eingegeben. Diese sogenannten Onkologischen Konsiliarbefunde waren allerdings unterschiedlich strukturiert; so waren bspw. nur teilweise die beschlussfassenden Ärzte vermerkt.

- 26.2 Die Dokumentation der Tumorboards in den überprüften Krankenanstalten war teilweise nicht geeignet, das ÖSG-gemäße Zustandekommen der Beschlüsse nachzuweisen. Der RH hielt im Interesse der Gewährleistung höchstmöglicher Patientenbehandlungssicherheit eine nachvollziehbare und umfassende Dokumentation der Tumorboardbeschlüsse für unabdingbar.

Der RH empfahl der KRAGES, in den Kurzprotokollen des Tumorboards die Nachvollziehbarkeit der konkret besprochenen Patienten (Name, Geburtsdatum) zu gewährleisten. Weiters wären für jeden einzelnen Tumorboardbeschluss die jeweils anwesenden Fachärzte zu dokumentieren.

Das KH BBR Eisenstadt betreffend verwies der RH auch hier auf seine an das BMG gerichteten Empfehlungen in TZ 20 und 23 nach einer Klarstellung betreffend die pathologische Versorgung in Onkologischen Schwerpunkten und der Zulässigkeit von Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgungen.

Er empfahl dem KH BBR Eisenstadt, für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards im KH BBR Eisenstadt in den zu erstellenden Verfahrens- und Arbeitsanweisungen die Tumorboard-Dokumentation bzw. die Dokumentation der den einzelnen Patienten betreffenden Tumorboardentscheidungen und deren Zustandekommen im Detail ÖSG-konform und einheitlich festzulegen (z.B. auch jeweils die Teilnehmer zu nennen).

⁶¹ Nur die Abteilung für Chirurgie erstellte pro Tumorboard ein Protokoll mit den anwesenden Fachärzten und den vorgestellten Patienten.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

26.3 (1) Die KRAGES verwies in ihrer Stellungnahme auf das Expertengutachten der GÖG, wonach zusätzlich für jedes Tumorboard ein Kurzprotokoll erstellt werde. Eine Liste der Patienten, die im Tumorboard vorgestellt und entweder als Routine gekennzeichnet oder besprochen würden, könne jederzeit mit dem Datum des Tumorboards aus der IT erstellt werden. Aus Datenschutzgründen sei entschieden worden, diese Liste nicht routinemäßig auszudrucken und mit dem Kurzprotokoll zu verwahren. Ein Mehrwert der namentlichen Benennung der besprochenen Patienten im Kurzprotokoll bzw. der Teilnehmer des Tumorboards in der Dokumentation der Tumorboardempfehlung im Onko-Dekurs sei nicht erkennbar. Die Dokumentation der Tumorboardempfehlung in der KRAGES sei jedenfalls sehr transparent und eindeutig nachvollziehbar.

(2) Dem Konvent der Barmherzigen Brüder war unklar, warum die Klassifizierung des KH BBR Eisenstadt als onkologischer Schwerpunkt hinterfragt werde. Eine Geschäftsordnung für das Tumorboard sei im Zuge der Zertifizierung erlassen worden.

26.4 (1) Die Bedenken der KRAGES hinsichtlich der Nennung der Patientennamen im Kurzprotokoll nahm der RH vor dem Hintergrund der Sensibilität dieser Daten zur Kenntnis. Was die Dokumentation der bei jeder Tumorboardentscheidung anwesenden Fachärzte anbelangt, verblieb der RH bei seiner Empfehlung; dadurch waren die Mitwirkenden an der konkreten Tumorboardentscheidung klar ersichtlich und war die Einhaltung der Vorgaben des ÖSG überprüfbar.

(2) Gegenüber dem Konvent der Barmherzigen Brüder verwies der RH erneut auf die unklaren Ausführungen des ÖSG zu den von einem Onkologischen Schwerpunkt zu erfüllenden Vorgaben im Bereich der Pathologie und auf die diesbezüglichen Ausführungen des BMG in TZ 20. Hinsichtlich der Geschäftsordnung für das Tumorboard rief er seine diesbezüglichen Empfehlungen (TZ 23, 24 und 25) in Erinnerung.

Projekt Onkologie Burgenland

27.1 (1) Laut RSG befasste sich das Projekt Onkologie Burgenland – neben der Einrichtung des Tumorboards – auch mit der Vorbereitung für ein klinisches Tumorregister. Durch eine Vernetzung mit anderen Bundesländern im Bereich der Dokumentation sollen die bestehenden Tumordokumentationen harmonisiert und so die Grundlage für ein österreichweites klinisches Tumorregister geschaffen werden.



Qualitätssicherung in den fünf
überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

(2) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestand in Österreich ein von der Statistik Austria geführtes epidemiologisches Tumorregister⁸² auf Basis einer gesetzlichen Grundlage aus 1969 (Krebsstatistikgesetz) bzw. der Krebsstatistikverordnung aus 1978. Klinische Tumorregister waren etwa in Tirol geplant.⁸³

(3) Im Jahr 2009 erarbeitete die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des BMG Grundlagen für ein Nationales Krebsprogramm⁸⁴. Bezüglich Nationaler Krebsprogramme bzw. -pläne bestehen einerseits Empfehlungen der WHO⁸⁵; andererseits haben sich die EU-Mitgliedstaaten 2009 auf die Erlassung nationaler integrierter Krebsbekämpfungspläne bis 2013 verständigt⁸⁶.

In den von der Gesundheit Österreich GmbH erarbeiteten Grundlagen wird u.a. ausgeführt, dass Daten über Krankheits- und Behandlungsverläufe für eine zielgerichtete Planung und Evaluierung eines Nationalen Krebsprogramms wichtig wären. Spätestens im Zuge der Entwicklung eines Nationalen Krebsprogramms müsse daher über Maßnahmen zur Verbesserung der Datendokumentation nachgedacht werden. Das BMG arbeitete zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an einem Nationalen Krebsprogramm⁸⁷.

⁸² Gegenstand der Erhebung sind die Angaben zur Person sowie über Art, Lokalisation und Letalität der Krebserkrankung. Krebserkrankungen (Geschwulstkrankheiten) im Sinne des Bundesgesetzes sind alle Karzinome, alle Sarkome sowie bestimmte weitere bösartige Krankheiten. Aufgrund der Meldeverpflichtung können nur stationäre bzw. in Ambulanzen der Krankenanstalten diagnostizierte bzw. behandelte Fälle registriert werden.

⁸³ Klinische Krebsregister sind stärker auf die Versorgung der Patienten durch die einzelnen Leistungserbringer im ambulanten und stationären Sektor fokussiert. Vor allem durch die möglichst detaillierte Dokumentation der genauen Therapie und des Verlaufs sollen Optimierungspotenziale in der Behandlung aufgedeckt und entsprechende Qualitätsverbesserungen angestoßen werden.

⁸⁴ Dabei wurden Nationale Krebsprogramme von Kanada, England, Irland, Schweiz, Niederlande, Dänemark, Frankreich und Neuseeland zum Vergleich herangezogen. Länder wie etwa die Schweiz oder Deutschland verfügen schon seit Jahren über einen Nationalen Krebsplan.

⁸⁵ z.B. 2008 – 2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

⁸⁶ Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über Maßnahmen zur Krebsbekämpfung: Europäische Partnerschaft, KOM(2009) 291 endgültig

⁸⁷ Im Jahr 2012 hatten unter den damals 27 EU-Mitgliedstaaten nur vier (Österreich, Bulgarien, Slowakei und Luxemburg) keine nationalen Krebspläne (National Cancer Control Programmes: Analysis of Primary Data from Questionnaires, FINAL PRELIMINARY REPORT, April 2012).

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

- 27.2 Der RH anerkannte das Bemühen des Landes Burgenland, im Rahmen des Projekts Onkologie Burgenland Vorbereitungen für ein klinisches Tumorregister zu schaffen.

Im Hinblick darauf, dass Krebserkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Österreich darstellen und unter Hinweis auf den vom BMG selbst identifizierten dringenden Handlungsbedarf im Bereich der onkologischen Versorgung sowie zur Entsprechung internationaler und europäischer Vorgaben empfahl der RH dem BMG, die Entwicklung des Nationalen Krebsprogramms für Österreich zügig voranzutreiben. In diesem Zusammenhang wäre auch der Thematik Verlaufsregister bzw. klinisches Krebsregister ein besonderer Stellenwert einzuräumen.

- 27.3 *Das BMG sagte in seiner Stellungnahme zu, die bereits weit gediehenen Arbeiten zu einem Nationalen Krebsrahmenprogramm voranzutreiben. Die Entwicklung eines Nationalen Krebsrahmenprogramms habe primär Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie, Behandlung, Nachsorge und Screeningprogramme zu beinhalten. Die Thematik der Qualitätskontrolle mittels Register sei demnach schwerpunktmäßig im Rahmen eines bundesweiten Qualitätssicherungsprogramms darzustellen und festzulegen. Grundsätzlich müsse beachtet werden, dass Verlaufsregister bzw. klinische Krebsregister als individuelle Behandlungspfade definiert seien. Sie dienen vorrangig der Qualitätssicherung und seien international regional eingesetzt, jedoch nicht in Form bundesweiter Register. So gebe es Bestrebungen, im Rahmen der Ergebnisqualitätsmessung im System A-IQI dementsprechende Indikatoren zu definieren, um damit die Behandlungsqualität überprüfen zu können. Im Unterschied dazu gebe es epidemiologische Register, die eine bevölkerungsbezogene Analyse ermöglichen und Auskunft über Auswirkungen von Programmen zur Krebsfrüherkennung und Prävention geben würden. Klinische Krebsregister gebe es seit den 1990er-Jahren und sie seien europaweit in der Regel an Behandlungszentren und Schwerpunktkliniken angegliedert. Auch in Deutschland gebe es für klinische Register keine Gesetzesgrundlage, daher würde sie sich in Struktur und Arbeitsweise unterscheiden. In klinischen Krebsregistern würden die Daten klinisch-bezogen erfasst und ausgewertet. Demgegenüber würden die Daten in epidemiologischen Krebsregistern wohnortbezogen ausgewertet.*

- 27.4 Der RH anerkannte die Bemühungen des BMG betreffend das Nationale Krebsrahmenprogramm. Er wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich der deutsche Nationale Krebsplan auch mit klinischen Krebsregistern befasst und im April 2013 in Deutschland das Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister erlassen wurde.

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten- behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Kennzahlen **28.1** Vor dem Hintergrund des nunmehr gesetzlich verankerten Charakters des ÖSG als „Sachverständigengutachten“ (§ 59j KAKuG) und seiner damit verbundenen grundsätzlichen Verbindlichkeit⁸⁸ beurteilte der RH in den fünf überprüften Krankenanstalten die Einhaltung der fachbezogenen und leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien anhand ausgewählter Eingriffe. Der RH zog folgende OP-Leistungen für einen Qualitätsvergleich heran:

Tabelle 15: Ausgewählte Eingriffe

| Fachrichtung | Eingriffsart | Mindestfallzahl |
|----------------------------|--|---|
| HNO | Mandel- und Nasenpolypenentfernung (Adeno-, Tonsillo- und Tonsillektomien) | keine |
| Chirurgie | Bauchchirurgie: OP Bauchspeicheldrüse (Pankreatektomien) | 10 (verbindlich) |
| | OP Dickdarm (Colonresektionen) | keine |
| | OP Blinddarm (Appendektomie) | keine |
| | OP Schilddrüse (Thyreoidektomien) | 30 |
| | OP Gallenblase (Cholezystektomie) | keine |
| Gynäkologie/Geburtshilfe | Kaiserschnittgeburt (Entbindung durch Sectio caesarea) | 365 (Geburten insgesamt) |
| | Brustkrebsoperationen | 30 ¹ |
| Orthopädie/Unfallchirurgie | Arthroskopien | |
| | Knieendoprothetik | jeweils 100 (Abteilung) |
| | Hüftendoprothetik | bzw. 50 (Fachschwerpunkt oder Department) |

¹ Gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012 (ÖSG 2012) wurde die Mindestfallzahl für Brustkrebsoperationen auf 50 angehoben. Für den relevanten Prüfungszeitraum 2010 bis 2012 galten allerdings ausschließlich die Mindestfallzahlen des ÖSG 2010.

Quelle: ÖSG

⁸⁸ Der ÖSG ist in Einkunft von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen (§§ 8 Abs. 2 in Verbindung mit 59j KAKuG). Die Einhaltung der darin enthaltenen Strukturqualitätskriterien ist auch Bedingung für eine Abgeltung durch den Landesgesundheitsfonds (§ 27b Abs. 5 KAKuG und § 3 Abs. 3 GQG).

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Wie bereits im Rahmen seiner Gebarungsüberprüfungen in den Bundesländern Salzburg (siehe dazu Reihe Bund 2012/12 bzw. Reihe Salzburg 2012/9 und Reihe Bund 2013/3 bzw. Reihe Salzburg 2013/1) sowie Vorarlberg (siehe dazu Reihe Bund 2013/12 bzw. Reihe Vorarlberg 2013/8) erhob der RH u.a. folgende wesentliche Parameter: Anzahl der durchgeführten Eingriffe (je Abteilung bzw. je Arzt), durchschnittliche Operationszeit sowie durchschnittliche Verweildauer auf der Betten- bzw. auf der Intensivstation.

Die Detailergebnisse der Erhebungen für das Jahr 2012 sind den Tabellen im Anhang zu entnehmen.

- 28.2** Der RH stellte fest, dass bei einigen Leistungen die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Abteilung unter den vom ÖSG geforderten Mindestwerten lag.

Unabhängig davon betrachtete der RH die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Arzt. Diese Analyse ergab, dass in mehreren Fällen nur wenige Eingriffe je Arzt durchgeführt wurden, wie das Beispiel der offenen Appendektomie⁸⁹ zeigte:

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

In den vier Krankenhäusern der KRAGES wurden im Jahr 2012⁹⁰ offene Appendektomien insgesamt zwischen 39 Mal (KH Oberpullendorf) und 116 Mal (KH Oberwart) vorgenommen. Die Anzahl dieser Eingriffe je Arzt bewegte sich zwischen weniger als fünf (in allen Krankenhäusern) und 30 Eingriffen je Arzt (KH Oberwart).

KH BBR Eisenstadt

Im KH BBR Eisenstadt entfielen 2012 bei den 195 offenen Appendektomien auf einen Arzt zwischen 15 und 34 dieser Eingriffe.⁹¹

Bei den durchschnittlichen Operationszeiten, die der RH anhand der sogenannten Schnitt-Naht-Zeiten beurteilte, zeigten sich große Streubreiten. Die Durchschnittszeiten waren daher wenig aussagekräftig. Beispielsweise betrug die Operationszeiten bei der offenen Appen-

⁸⁹ Die Appendektomie war die einzige Leistung, die 2012 in allen fünf Krankenanstalten in einer repräsentativen Anzahl erbracht wurde.

⁹⁰ Im KH Oberwart wurden die Daten von Mai 2012 bis April 2013 erhoben.

⁹¹ Jene Ärzte, die weniger als fünf Eingriffe aufwiesen, waren entweder nicht ganzjährig anwesend oder führten Begleitappendektomien durch.



Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

dektomie im KH Güssing durchschnittlich 82 Minuten, im KH Kittsee 47 Minuten, im KH Oberpullendorf 84 Minuten, im KH Oberwart 43 Minuten und im KH BBR Eisenstadt 46 Minuten. Die Bandbreite zwischen der minimalen und der maximalen Schnitt-Naht-Zeit lag zwischen elf Minuten (KH Oberwart) und 313 Minuten (KH Güssing). Die Begründungen für überdurchschnittlich lange Operationszeiten waren aus Sicht des RH nachvollziehbar und betrafen in der Regel medizinisch komplexe Operationen.

Auch die durchschnittlichen Verweildauern (4,9 Tage im KH Kittsee bis 8,1 Tage im KH Oberpullendorf) waren bei der offenen Appendektomie unterschiedlich; höhere Verweildauern betrafen in der Regel Einzelfälle und waren ebenfalls Folge medizinisch komplexer Eingriffe.

Leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien

29.1 In der Leistungsmatrix des ÖSG sind für ausgewählte medizinische Einzelleistungen Qualitätskriterien festgelegt, die von der Krankenanstalt bei Erbringung der entsprechenden Leistung sicherzustellen sind und als leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien bezeichnet werden.

Krankenanstalten müssen bspw. für die Erbringung bestimmter Leistungen über die Möglichkeit einer intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts verfügen. Für die vier Krankenhäuser der KRAGES wurde dies durch die Abteilung für Pathologie im KH Oberwart⁹², für das KH BBR Eisenstadt durch ein externes Labor für Pathologie⁹³ sichergestellt.

Ebenso gehören Mindestfrequenzen pro Jahr und Krankenanstalten-Standort zu den leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien. Sie sind grundsätzlich als von medizinischen Experten/Fachgesellschaften vorgeschlagene Richtwerte und als Grundlage für die Leistungsangebotsplanung zu verstehen, werden aber, sobald gute Evidenz für eine Verbesserung der Ergebnisqualität bei Erhöhung der Fallzahlen vorliegt, verbindlich gestellt.

⁹² Dazu kam ein Arzt der Abteilung an einem fixen Tag pro Woche in die KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf, um dort vor Ort Gefrierschnitte vorzunehmen. Die Operationen, für die eine intraoperative histopathologische Befundung notwendig war, wurden dementsprechend an diesem Tag durchgeführt.

⁹³ Für intraoperative Gefrierschnitte war ein Arzt des Labors an bestimmten Tagen der Woche vor Ort anwesend.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

In der Leistungsmatrix⁹⁴ wurden die Mindestfrequenzen bei Eingriffen am Ösophagus (Speiseröhre), am Pankreas (Bauchspeicheldrüse), an der Carotis (Halsschlagader) und bei der Adipositas-Chirurgie als verbindlich qualifiziert. In den überprüften Krankenanstalten lag die Anzahl der vom RH ausgewählten Eingriffe im mehrjährigen Durchschnitt (2010 bis 2012) bei drei Operationsarten unter den im Rahmen der leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien des ÖSG vorgegebenen Mindestfrequenzen:

Wie aus Tabelle 16 ersichtlich, lag die Anzahl der Thyreoidektomien (totale oder teilweise Entfernung der Schilddrüse) in den KH Güssing und Oberpullendorf im mehrjährigen Durchschnitt unter den im ÖSG enthaltenen Mindestfrequenzen.

| Tabelle 16: Thyreoidektomien in den KH Güssing und Oberpullendorf 2010 bis 2012 | | | | | | |
|---|--------|------|------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | Durchschnitt 2010 bis 2012 | Mindest- frequenz ¹ | erreicht zu |
| | Anzahl | | | | | in % |
| KH Güssing | 12 | 17 | 16 | 15,0 | 30 | 50 |
| KH Oberpullendorf | 23 | 16 | 19 | 19,3 | 30 | 64 |

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KRAGES; RH

In den KH Kittsee (30 %) und Oberwart (23 %) sowie im KH BBR Eisenstadt (67 %) wurden die Mindestfrequenzen des ÖSG hinsichtlich der Eingriffe am Pankreas im mehrjährigen Durchschnitt verfehlt. In diesem Zusammenhang hielt der RH fest, dass die Mindestfrequenzen für Pankreasoperationen bereits verbindlich und ab 2014 maßgeblich für die Abrechnung nach dem LKF-System sind.

⁹⁴ Die Leistungsmatrix auf Basis des LKF-Modells 2014 mit Stand vom 28. Juni 2013 ist Teil des ÖSG 2012.

Tabelle 17: Eingriffe am Pankreas in den KH Kittsee und Oberwart sowie im KH BBR Eisenstadt 2010 bis 2012

| | 2010 | 2011 | 2012 | Durchschnitt 2010 bis 2012 | Mindest- frequenz ¹ | erreicht zu |
|-------------------|------|------|--------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| | | | | | | |
| | | | Anzahl | | | in % |
| KH Kittsee | 3 | 1 | 5 | 3,0 | 10 | 30 |
| KH Oberwart | 2 | 2 | 3 | 2,3 | 10 | 23 |
| KH BBR Eisenstadt | 5 | 9 | 6 | 6,7 | 10 | 67 |

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KRAGES; KH BBR Eisenstadt; RH

In den KH Kittsee und Oberwart lag darüber hinaus auch die Zahl der Brustkrebsoperationen im mehrjährigen Durchschnitt unter den im ÖSG enthaltenen Mindestfrequenzen. Allerdings war die Erbringung solcher Eingriffe seit 2013 für die Versorgungsregion Burgenland Nord⁹⁵ im KH BBR Eisenstadt und für die Versorgungsregion Burgenland Süd im KH Güssing zentriert.

Tabelle 18: Brustkrebsoperationen in den KH Kittsee und Oberwart 2010 bis 2012

| | 2010 | 2011 | 2012 | Durchschnitt 2010 bis 2012 | Mindest- frequenz ¹ | erreicht zu |
|-------------|------|------|--------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| | | | | | | |
| | | | Anzahl | | | in % |
| KH Kittsee | 15 | 8 | 8 | 10,3 | 30 | 34 |
| KH Oberwart | 12 | 18 | 20 | 16,7 | 30 | 56 |

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KRAGES; RH

29.2 Der RH hob positiv hervor, dass die in den ÖSG-Strukturqualitätskriterien für bestimmte Leistungen geforderte Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts in allen überprüften Krankenanstalten erfüllt war.

In Anbetracht der niedrigen Fallzahlen von Schilddrüsenoperationen an den Standorten Güssing und Oberpullendorf (Erfüllungsgrad: 50 % bzw. 64 %) empfahl der RH der KRAGES, die Entwicklung des Leistungs-

⁹⁵ Die fünf landesfondsfinanzierten Akutkrankenanstalten im Burgenland waren zu Planungszwecken im RSG in zwei Versorgungsregionen aufgeteilt. Drei davon (KH BBR Eisenstadt, KH Kittsee, KH Oberpullendorf) waren der Versorgungsregion „Burgenland-Nord“ und zwei (KH Oberwart, KH Güssing) der Versorgungsregion „Burgenland-Süd“ zugeordnet.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

aufkommens zu beobachten und bei einem allfälligen weiteren Rückgang Varianten für eine Leistungskonzentration zu prüfen.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Mindestfrequenzen für Operationen der Bauchspeicheldrüse (Erfüllungsgrad: 30 % in Kittsee, 23 % in Oberwart und 67 % in Eisenstadt) ab 2014 verbindlich sind, empfahl der RH dem Land Burgenland, eine Konzentration dieses Eingriffs an einem Standort für das gesamte Land Burgenland im Rahmen der Leistungsangebotsplanung zu veranlassen.

Die Konzentration der Brustkrebsoperationen an zwei Standorten beurteilte der RH positiv.

29.3 (1) *Das Land Burgenland und die KRAGES erklärten in ihrer Stellungnahme, dass sich der Burgenländische Gesundheitsfonds im Rahmen der RSG-Revision der Thematik Konzentration des Eingriffs an der Bauchspeicheldrüse an einem Standort für das gesamte Land Burgenland annehmen werde.*

(2) Betreffend Pankreasoperationen teilte die KRAGES weiters mit, seinerzeit sei zwischen den chirurgischen Fächern vereinbart worden, dass alle Patienten in benachbarte Bundesländer zur Operation geschickt werden sollten. Da es immer schwieriger werde, Patienten entsprechend der abgestuften Versorgung aus finanziellen Gründen in anderen Bundesländern versorgen zu lassen, müssten die Ärzte die Versorgung oft selbst übernehmen. Zu den Schilddrüsenoperationen führte die KRAGES aus, dass sie entsprechend den Gesundheitsvorgaben des Landes handle, wonach eine bedarfsgerechte, flächendeckende und leicht zugängliche Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau aufrecht zu erhalten sei.

(3) Der Konvent der Barmherzigen Brüder wies in seiner Stellungnahme auf den RSG 2015 hin, der eindeutig festlege, dass Pankreasoperationen nur mehr im KH Oberwart und im KH BBR Eisenstadt durchgeführt werden dürften; in den letzten Jahren sei dem KH BBR Eisenstadt aber keine einzige Pankreasoperation aus den beiden Krankenhäusern seiner Versorgungsregion (KH Kittsee, KH Oberpullendorf) zugewiesen worden.

29.4 (1) Gegenüber der KRAGES führte der RH aus, dass der ÖSG nur dort Mindestfrequenzen vorsieht, wo wissenschaftliche Studien auf einen entsprechenden Zusammenhang zwischen der Zahl der behandelten Patienten und der Behandlungsqualität hindeuten. Aus seiner Sicht war es daher angebracht, wenigstens dort eine Leistungskonzentration zu prüfen, wo die empfohlene Mindestfrequenz eindeutig nicht



Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

erreicht wurde. Da dies hinsichtlich der Schilddrüsenoperationen an den Standorten Güssing und Oberpullendorf (Erfüllungsgrad zwischen 50 % und 64 %) der Fall war, blieb der RH bei seiner Empfehlung, die Entwicklung des Leistungsaufkommens zu beobachten, um bei einem allfälligen weiteren Rückgang reagieren zu können.

(2) Gegenüber dem Land Burgenland, der KRAGES und dem Konvent der Barmherzigen Brüder wies der RH darauf hin, dass für Operationen der Bauchspeicheldrüse der Zusammenhang zwischen der Zahl der behandelten Patienten und der Behandlungsqualität wissenschaftlich erwiesen und unbestritten war, weshalb die Mindestfrequenz für diese Leistungen von zehn Operationen pro Jahr und Standort in der Leistungsmatrix des ÖSG ab 2014 verbindlich gestellt wurde. Der RH hielt erneut fest, dass im gesamten Burgenland von 2010 bis 2012 durchschnittlich lediglich zwölf Eingriffe an drei verschiedenen Standorten durchgeführt wurden. Wie vom Konvent der Barmherzigen Brüder in seiner Stellungnahme erwähnt, hatte das Land im RSG 2015 zwar eine Einschränkung festgelegt, aber nicht für die Einhaltung dieser Vorgabe gesorgt. Vor diesem Hintergrund sah der RH akuten Handlungsbedarf auf Seiten des Landes. Er bekräftigte daher seine Empfehlung, die Leistungserbringung für das gesamte Land Burgenland an einem Standort zu konzentrieren, um die Mindestfallzahlen in Zukunft verwirklichen zu können.

Fachbezogene Strukturqualitätskriterien

30.1 Gemäß den krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben und dem ÖSG sind fachrichtungsspezifische Leistungen grundsätzlich im Rahmen einer Fachabteilung zu erbringen. Allerdings sind in begründeten Ausnahmefällen⁹⁶ je nach Fachrichtung (fachbezogenen Strukturqualitätskriterien) reduzierte Organisationsformen (Satellitendepartment, Fachschwerpunkt, dislozierte Tagesklinik) zulässig.

Diese reduzierten Organisationsformen waren in ihrem Leistungsangebot entsprechend der jeweils gültigen Leistungsmatrix beschränkt.⁹⁷ Sie bedurften zu Zwecken der Qualitätssicherung der Anbindung an eine fachgleiche Abteilung einer anderen Krankenanstalt als Kooperationspartner (Patronanzabteilung), die schriftlich zu regeln war.

⁹⁶ nur zur Abdeckung von Versorgungslücken bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung und nur dann, wenn in regionaler Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen

⁹⁷ In der Regel sollen nur elektive (planbare) Eingriffe erbracht werden. Eine Ausnahme stellt diesbezüglich das Satellitendepartment für Unfallchirurgie dar, in dessen Rahmen auch eine Akutversorgung erfolgen kann.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Laut LAKAP waren in folgenden burgenländischen Krankenanstalten reduzierte Organisationsformen eingerichtet:

Tabelle 19: Reduzierte Organisationsformen in burgenländischen Krankenanstalten

| | Fachschwerpunkt | dislozierte Tagesklinik |
|-------------------|----------------------------------|-------------------------|
| KH Güssing | Orthopädie | Augenheilkunde |
| KH Kittsee | Urologie | - |
| KH Oberpullendorf | - | Augenheilkunde |
| KH Oberwart | Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde | - |

Quellen: LAKAP; RH

KH Güssing

Im KH Güssing war eine dislozierte Tagesklinik für Augenheilkunde als autonome Organisationseinheit eingerichtet. Die Fachabteilung für Augenheilkunde des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien fungierte, basierend auf einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung, als Patronanzabteilung. Danach war mindestens einmal im Jahr eine dem Leitfaden und der Checkliste der KRAGES entsprechende Visitation durchzuführen und darüber ein Bericht zu verfassen.

Visitationsberichte lagen aus den Jahren 2011 bis 2012 vor und bescheinigten der Tagesklinik ein „hervorragendes operatives Niveau“. Für die in der dislozierten Tagesklinik durchgeführten Behandlungen waren mit dem Kooperationspartner abgestimmte Standards erstellt worden.

Das KH Güssing verfügte zusätzlich über einen Fachschwerpunkt für Orthopädie, der an die entsprechende Fachabteilung im KH BBR Eisenstadt angebunden war. Grundlage für diese Anbindung war eine schriftliche Vereinbarung, wonach die Patronanzabteilung mindestens einmal im Halbjahr eine Visitation durchzuführen und einen Bericht zu verfassen hatte. Hierbei waren der Leitfaden und die Checkliste für Visitationen der Fachschwerpunkte anzuwenden, welche die KRAGES erstellt hatte.

Die Visitationsberichte aus den Jahren 2010 bis 2012 bescheinigten dem Fachschwerpunkt die Erfüllung der im ÖSG enthaltenen Qualitätskriterien. Für die am Fachschwerpunkt durchgeführten Behandlungen bestanden mit der Patronanzabteilung abgestimmte Standards.



Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

KH Kittsee

Im KH Kittsee war ein Fachschwerpunkt für Urologie eingerichtet, der an die entsprechende Fachabteilung des KH Oberwart angebunden war. Eine entsprechende KRAGES-interne Vereinbarung, wonach die Patronanzabteilung mindestens einmal im Halbjahr eine Visitation durchzuführen und einen Bericht zu verfassen hatte, lag vor. Der von der KRAGES erstellte Leitfaden und die Checkliste für Visitationen der Fachschwerpunkte dienten hierfür als Grundlage.

Dem ersten Visitationsbericht nach der Neubesetzung der Leitung des Fachschwerpunkts im Jahr 2011 waren zwei Jahre lang keine Visitationen mehr gefolgt. Der letzte Visitationsbericht vom Mai 2013 fiel positiv aus und bestätigte die wesentliche Rolle des Fachschwerpunkts für die Gesundheitsversorgung in der Region. Für die am Fachschwerpunkt durchzuführenden Behandlungen waren vom dort tätigen Team umfassende Standards erstellt worden.

KH Oberpullendorf

Im KH Oberpullendorf war eine dislozierte Tagesklinik für Augenheilkunde als autonome Organisationseinheit eingerichtet. Als Patronanzabteilung fungierte, wie im KH Güssing, die Fachabteilung für Augenheilkunde des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien. Diese Anbindung war in einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung geregelt. Danach war mindestens einmal im Jahr eine Visitation durchzuführen und darüber ein entsprechender Visitationsbericht zu verfassen, wofür die KRAGES einen Leitfaden einschließlich einer Checkliste erstellt hatte.

Die Visitationsberichte lagen aus den Jahren 2010 bis 2013 vor und bescheinigten der Tagesklinik ein „hervorragendes operatives Niveau“. Für die in der dislozierten Tagesklinik durchgeführten Behandlungen lagen mit dem Kooperationspartner abgestimmte Standards vor.

Im KH Oberpullendorf war zur Verstärkung des allgemein chirurgischen Teams bei der Versorgung von akuten Verletzungen an Knochen, Bändern und Gelenken von Montag bis Freitag ein Facharzt für Unfallchirurgie tätig. So wurden im KH Oberpullendorf stationäre Leistungen erbracht, für die im Burgenland laut den Strukturqualitätskriterien des ÖSG bzw. gemäß dem LAKAP die Fachabteilungen für Unfallchirurgie im KH BBR Eisenstadt und im KH Oberwart zuständig waren.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Dabei handelte es sich um geplante (elektive) arthroskopische Operationen des Kniegelenks und Implantationen von Teilendoprothesen des Hüftgelenks.

Tabelle 20: Kniearthroskopien und Teilendoprothetik Hüfte im KH Oberpullendorf 2010 bis 2012

| | 2010 | 2011 | 2012 | Durchschnitt 2010 bis 2012 |
|-------------------------|--------|------|------|-------------------------------|
| | Anzahl | | | |
| Kniearthroskopie | 22 | 39 | 40 | 33,7 |
| Teilendoprothetik Hüfte | 11 | 15 | 18 | 14,7 |

Quellen: KRAGES; RH

Wie eine Auswertung des KH Oberpullendorf für das Jahr 2012 zeigte, wurden die Implantationen von Hüftgelenksteilendoprothesen zur operativen Versorgung akuter Schenkelhalsfrakturen vorgenommen. Eine entsprechende Leitlinie der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie sah vor, dass Patienten mit akuter Schenkelhalsfraktur – sofern es deren Allgemeinzustand zulässt – so schnell wie möglich innerhalb von 24 Stunden operiert werden sollten. Laut der vom KH Oberpullendorf übermittelten Auswertung wurden zehn der 18 im Jahr 2012 durchgeführten Eingriffe innerhalb von 24 Stunden, sieben innerhalb von 48 Stunden und ein Eingriff innerhalb von 72 Stunden durchgeführt.

KH Oberwart

Im KH Oberwart war ein Fachschwerpunkt für HNO eingerichtet, der an die entsprechende Fachabteilung im KH BBR Eisenstadt als Patronanzabteilung angebunden war. Grundlage für diese Anbindung war eine schriftliche Vereinbarung, wonach die Patronanzabteilung mindestens einmal im Halbjahr eine Visitation durchzuführen und einen Bericht zu verfassen hatte. Hierbei waren der Leitfaden und die Checkliste für Visitationen der Fachschwerpunkte anzuwenden, welche die KRAGES erstellt hatte. Auffallend war, dass 2010 bis 2012 keine Visitationen erfolgten.



Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

Für die am Fachschwerpunkt durchzuführenden Behandlungen waren Richtlinien in Abstimmung mit der Patronanzabteilung erstellt worden.

- 30.2 Der RH beurteilte die Anbindung der Fachschwerpunkte und der dislozierten Tageskliniken an entsprechende Fachabteilungen positiv. Die Aufgaben der Patronanzabteilungen waren in Kooperationsvereinbarungen klar geregelt und bezüglich der Visitationen zusätzlich in Leitfäden und Checklisten zusammengefasst. Der RH wies jedoch darauf hin, dass Visitationen der Fachschwerpunkte nicht immer – wie in den Kooperationsvereinbarungen vorgesehen – durchgeführt wurden. Der RH empfahl daher der KRAGES, auf eine regelmäßige Durchführung der Visitationen sowie der entsprechenden Berichterstattung zu achten.

Kritisch betrachtete der RH die im KH Oberpullendorf durchgeführten Kniearthroskopien und Implantationen von Hüftteildoprothesen. Diese wurden zwar von einem Unfallchirurgen, aber an der fachlich nicht zuständigen chirurgischen Abteilung erbracht.

Der RH empfahl der KRAGES und dem Konvent der Barmherzigen Brüder, den fachbezogenen Strukturqualitätskriterien des ÖSG entsprechend diese Leistungen in den KH BBR Eisenstadt und Oberwart zu konzentrieren. Dafür sprachen auch hinsichtlich der Kniearthroskopien deren elektiver Charakter und bezüglich der Versorgung von Schenkelhalsfrakturen mit Teildoprothesen die Tatsache, dass im KH Oberpullendorf keine mit einer Fachabteilung vergleichbare Akutversorgung möglich war. So wurden 44 % der Patienten im Jahr 2012 aufgrund der begrenzten Anwesenheit des einzigen Unfallchirurgen nicht innerhalb der empfohlenen 24 Stunden operiert.

- 30.3 (1) *Laut Stellungnahme der KRAGES werde auf die regelmäßige Durchführung der Visitationen und Berichterstattung geachtet. Teilweise fehlende Berichte lägen nicht im Einflussbereich der KRAGES, sondern am Kooperationspartner (HNO Eisenstadt).*

Am Standort Güssing werde ein Fachschwerpunkt für Orthopädie implementiert. Daher sei eine ausschließliche Konzentration von Implantationen oder Arthroskopien auf Oberwart oder Eisenstadt abzulehnen. Am Standort Oberpullendorf würden im Rahmen einer innerbetrieblichen Kooperation diese Leistungen ausschließlich von Unfallchirurgen des Standortes Oberwart erbracht. Auch hier gelte das im Burgenland geforderte wohnortnahe Versorgungsprinzip.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

(2) Der Konvent der Barmherzigen Brüder wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass seit dem Führungswechsel im Jahr 2012 an der HNO-Abteilung im KH BBR Eisenstadt eine Visitation des Fachschwerpunkts HNO in Oberwart im Juni 2013 durchgeführt worden sei. Vereinbarungsgemäß seien in Zukunft zweimal jährlich Visitationen im HNO-Fachschwerpunkt im KH Oberwart geplant, wobei die erste Visitation 2014 für das zweite Quartal, die zweite Visitation für das vierte Quartal 2014 vorgesehen sei. Die Zusammenarbeit mit dem HNO-Fachschwerpunkt im KH Oberwart sei gut. Bei der Visitation im Juni 2013 habe sich ein gut motiviertes Team gezeigt; aufgrund der steigenden Zahlen sowohl im ambulanten als auch im operativen Bereich habe sich eine gute Akzeptanz des HNO-Fachschwerpunkts in der Bevölkerung feststellen lassen.

- 30.4 (1) Gegenüber der KRAGES hielt der RH fest, dass das Krankenanstaltenrecht Maßstab für die Leistungserbringung in den burgenländischen Krankenanstalten ist. Danach sind für den Fachbereich Unfallchirurgie zwei Versorgungsstrukturen (Fachabteilung und Satellitendepartment) vorgesehen. Im KH Oberpullendorf war keine dieser Strukturen vorhanden. Auch der LAKAP sah die Erbringung unfallchirurgischer Leistungen nicht an diesem Standort, sondern – wie vom RH empfohlen – nur in den KH BBR Eisenstadt und Oberwart vor. Elektive Leistungen, wie z.B. Arthroskopien, die nicht der Versorgung akuter Verletzungen dienten und daher sowohl in den Fachbereich Unfallchirurgie als auch Orthopädie fielen, könnten – wie von der KRAGES vorgeschlagen – in Zukunft grundsätzlich auch am Fachschwerpunkt für Orthopädie in Güssing erbracht werden.

(2) Hinsichtlich Visitationen des Fachschwerpunkts HNO in Oberwart beurteilte der RH gegenüber der KRAGES und dem Konvent der Barmherzigen Brüder positiv, dass mittlerweile ein erster Visitationsbericht vorlag und zwei weitere Visitationen geplant waren. Seine Empfehlung, in Zukunft auf eine regelmäßige Durchführung der Visitationen sowie der entsprechenden Berichterstattung zu achten, hielt er gegenüber der KRAGES dennoch aufrecht.

Verweildauern und Wartezeiten im OP

Verfügbarkeit von OP-Daten

- 31.1 Die Zeitmarken für Operationen wurden im KH Oberwart sowie im KH BBR Eisenstadt elektronisch erfasst und waren so für den RH auswertbar.



Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

BMG

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

In den KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf erfolgte die OP-Dokumentation noch nicht elektronisch, die KRAGES hatte jedoch mit der Implementierung einer OP-Software begonnen. Der RH erhob daher in diesen drei Krankenanstalten sowohl die für die nachfolgenden OP-Auswertungen erforderlichen, als auch die in den Anhängen dargestellten Daten aus insgesamt rd. 600 ausgewählten – nur vor Ort in Papierform verfügbaren – Krankengeschichten.

31.2 Der RH empfahl der KRAGES, die begonnene Implementierung der OP-Software in ihren Krankenanstalten fortzusetzen.

31.3 Die KRAGES teilte mit, dass das Rollout der elektronischen OP-Dokumentation im KH Kittsee und im KH Oberpullendorf im Jahr 2014 abgeschlossen sein werde.

Verweildauern im OP

32.1 Die Verweildauer des Patienten im OP-Bereich stellt einen Qualitätsindikator für eine zweckmäßige OP-Organisation dar. Der RH verglich bei vier ausgewählten Behandlungen (Cholezystektomie, Appendektomie, Implantation einer Totalendoprothese Hüfte und Arthroskopie am Knie) in den überprüften Krankenanstalten jene Zeiten, in denen der Patient zwar im OP-Bereich eingeschleust war, aber nicht operiert wurde. In der Regel waren das die Zeiten zwischen Einschleusen und erstem Hautschnitt sowie letzter Naht und Ausschleusen.

Tabelle 21: Verweildauer im OP-Bereich 2012

| KH/Eingriff | Cholezystektomie | Appendektomie | Arthroskopie am Knie | Implantation einer Totalendoprothese Hüfte |
|-------------------|---------------------------------------|---------------|---------------------------|--|
| | Mittelwert in Minuten | | | |
| KH Güssing | OP-Daten elektronisch nicht verfügbar | | | |
| KH Kittsee | OP-Daten elektronisch nicht verfügbar | | Leistungen nicht erbracht | |
| KH Oberpullendorf | OP-Daten elektronisch nicht verfügbar | | | Leistung nicht erbracht |
| KH Oberwart | 68 | 50 | 75 | 96 |
| KH BBR Eisenstadt | 51 | 39 | 40 | 60 |

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

In den KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf, in welchen die OP-Daten noch nicht elektronisch verfügbar waren, ergaben die Auswertungen des RH anhand von Voll- bzw. Teilerhebungen aus den Aufzeichnungen in den Krankengeschichten für 2012 bei der Cholezystektomie und der Appendektomie fast idente Mittelwerte von jeweils rund einer dreiviertel Stunde.^{98, 99}

- 32.2 Bei der Cholezystektomie und der Appendektomie bewegten sich die Verweildauern im OP-Bereich (Zeitraum zwischen Ein- und Ausschleusen abzüglich Schnitt-Naht-Zeiten) im Wesentlichen in einer unauffälligen Bandbreite. Bei den beiden überprüften Eingriffen an Knie und Hüfte waren sie im KH Oberwart jedoch deutlich höher als im KH BBR Eisenstadt.¹⁰⁰ Der RH empfahl daher dem KH Oberwart, die Gründe hierfür zu erheben und gegebenenfalls Optimierungspotenziale zu nutzen.
- 32.3 *Die KRAGES teilte dazu mit, die Verweildauer eines Patienten im OP, abzüglich der Schnitt-Naht-Zeit, als Qualitätsindikator für eine zweckmäßige OP-Organisation heranzuziehen, sei nicht nachvollziehbar. Alleine aus infrastruktureller Sicht und **daraus resultierenden Maßnahmen** ließen sich die OP-Bereiche des KH Oberwart und des KH BBR Eisenstadt nicht vergleichen.*
- 32.4 Der RH wies gegenüber der KRAGES darauf hin, dass er diesen Indikator bereits in den vorangegangenen Überprüfungen zu diesem Thema¹⁰¹ herangezogen hatte. Er verkannte nicht die strukturellen bzw. organisatorischen Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenanstalten und stellte klar, dass seine Empfehlung in erster Linie darauf gerichtet war, auf Basis einer krankenhausinternen Evaluierung einen Optimierungsprozess anzuregen.

⁹⁸ KH Güssing: 43 bzw. 46 Minuten, KH Kittsee: 48 bzw. 47 Minuten, KH Oberpullendorf: 44 bzw. 46 Minuten

⁹⁹ Aufgrund der hohen Anzahl (465) an Operationen an Knie und Hüfte in den KH Güssing und Oberpullendorf wurde bei diesen Eingriffen keine händische Erhebung durchgeführt.

¹⁰⁰ teilweise auch höher als die Verweildauern in den vom RH im Rahmen von vorangegangenen Gebarungsüberprüfungen betrachteten Krankenanstalten

¹⁰¹ Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in Salzburger Krankenanstalten (Reihe Bund 2012/12 und 2013/3; Reihe Salzburg 2012/9 und 2013/1 bzw. in Krankenanstalten Vorarlbergs (Reihe Bund 2013/12, Reihe Vorarlberg 2013/8)

Wartezeiten im OP

- 33.1 Ein weiterer Qualitätsindikator für eine zweckmäßige OP-Organisation ist die Wartezeit für den Patienten zwischen der Einleitung der Narkose (Anästhesiebeginn) und dem Beginn der Operation, in der Regel der erste Hautschnitt (siehe dazu die folgende Tabelle):

Tabelle 22: Wartezeit zwischen Anästhesiebeginn und erstem Hautschnitt 2012

| | Minimum | Maximum | Mittelwert |
|--|---------------------------------------|---------|------------|
| | in Minuten | | |
| Cholezystektomie (laparoskopisch und offen) | | | |
| Anästhesiebeginn bis Schnitt | | | |
| KH Güssing | | | |
| KH Kittsee | OP-Daten elektronisch nicht verfügbar | | |
| KH Oberpullendorf | | | |
| KH Oberwart | 7 | 49 | 20 |
| KH BBR Eisenstadt | 1 | 42 | 13 |
| Appendektomie (laparoskopisch und offen) | | | |
| Anästhesiebeginn bis Schnitt | | | |
| KH Güssing | | | |
| KH Kittsee | OP-Daten elektronisch nicht verfügbar | | |
| KH Oberpullendorf | | | |
| KH Oberwart | 3 | 43 | 15 |
| KH BBR Eisenstadt | 1 | 63 | 10 |
| Implantation einer Totalendoprothese Hüfte | | | |
| Anästhesiebeginn bis Schnitt | | | |
| KH Güssing | OP-Daten elektronisch nicht verfügbar | | |
| KH Kittsee | Leistung nicht erbracht | | |
| KH Oberpullendorf | | | |
| KH Oberwart | 15 | 64 | 31 |
| KH BBR Eisenstadt | 2 | 78 | 21 |
| Arthroskopie am Knie | | | |
| Anästhesiebeginn bis Schnitt | | | |
| KH Güssing | OP-Daten elektronisch nicht verfügbar | | |
| KH Kittsee | Leistung nicht erbracht | | |
| KH Oberpullendorf | OP-Daten elektronisch nicht verfügbar | | |
| KH Oberwart | 3 | 45 | 22 |
| KH BBR Eisenstadt | 2 | 131 | 13 |

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

In den KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf, in welchen – wie erwähnt – die OP-Daten noch nicht elektronisch verfügbar waren, ergaben die Auswertungen des RH für 2012 bei der Cholezystektomie Mittelwerte zwischen zwölf Minuten (KH Güssing) und 23 Minuten (KH Oberpullendorf) und bei der Appendektomie Mittelwerte von elf Minuten (KH Güssing und Kittsee) und 23 Minuten im KH Oberpullendorf.¹⁰²

- 33.2 Bei der Wartezeit im OP wiesen die überprüften Krankenhäuser beim Mittelwert ähnliche Ergebnisse auf. Dessen Größenordnung entsprach im Übrigen jenem bei den Wartezeiten der vom RH im Rahmen von vorangegangenen Gebarungsüberprüfungen zu diesem Thema betrachteten Krankenanstalten.

Sonstige Feststellungen

Qualitätsstrategie und Qualitätssicherungskommission

- 34.1 Der RH überprüfte im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung in der Patientenbehandlung weiters, ob die fünf überprüften Krankenanstalten über eine schriftlich festgelegte Qualitätsstrategie und die gesetzlich vorgesehene Qualitätssicherungskommission¹⁰³ verfügten.

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Eine krankenanstaltenübergreifende schriftliche Qualitätsstrategie der KRAGES bestand nicht.¹⁰⁴ In der KRAGES war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung auch kein Mitarbeiter explizit für das Qualitätsmanagement zuständig. Bereits im September 2012 wurde in einer Aufsichtsratssitzung der Bericht der Geschäftsführung über diesbezügliche Planungen¹⁰⁵ zur Kenntnis genommen.

¹⁰² Aufgrund der hohen Anzahl (465) an Operationen an Knie und Hüfte in den KH Güssing und Oberpulleodorf wurde bei diesen Eingriffen keine händische Erhebung durchgeführt.

¹⁰³ Gemäß KAKuG bzw. Bgld. KAG 2000 ist in jeder bettenführenden Krankenanstalt eine Qualitätssicherungskommission einzurichten, um Maßnahmen der Qualitätssicherung zu initiieren, zu koordinieren und zu unterstützen, die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung zu beraten.

¹⁰⁴ So war bspw. auch die Entscheidung betreffend Zertifizierungen nicht schriftlich dokumentiert.

¹⁰⁵ durch eine Neuordnung vorhandener Personalressourcen

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

In der seit 2010 bestehenden ARGE Qualitätsmanagement trafen sich die Qualitätsmanagementkernteams¹⁰⁶ der vier Krankenhäuser mit dem Pflegereferat der KRAGES, um u.a. gemeinsame Qualitätsvorgaben zu entwickeln (siehe TZ 17). Mittel- bis längerfristige Arbeitsprogramme bestanden nicht.¹⁰⁷

Die Qualitätssicherungskommissionen der vier KH bestanden aus drei bis zehn Mitgliedern aus den gesetzlich geforderten Berufsgruppen¹⁰⁸, wobei in den KH Kittsee und Oberpullendorf der medizinisch-technische Dienst nicht vertreten war. Diese Kommissionen waren jeweils als Stabstellen der Krankenhausleitung eingerichtet. Die Vorgangsweisen (Geschäftsordnung, Arbeitsprogramm, Protokolle, Jahresberichte etc.) waren in jedem Krankenhaus unterschiedlich. Die Aktivitäten der Qualitätssicherungskommissionen umfassten bspw. Erarbeitung und Einführung von Leitlinien, Organisation von Mitarbeiterveranstaltungen zu Qualitätssicherungsthemen, Umsetzung von Vorgaben der ARGE Qualitätsmanagement und Implementierung der Patientensicherheitsziele.

KH BBR Eisenstadt

Das KH BBR Eisenstadt verfügte über eine schriftlich festgelegte Strategie für den Zeitraum 2011 bis 2015. Bezogen auf das Thema Qualitätssicherung waren etwa die Zertifizierung, die Etablierung eines Beschwerdemanagements und die Implementierung eines Fehlermanagementsystems als Ziele ausgewiesen.

Im KH BBR Eisenstadt war die Qualitätssicherungskommission ebenfalls als Stabstelle der Krankenhausleitung eingerichtet; sie bestand aus elf Mitgliedern aus den gesetzlich geforderten Bereichen. Weiters lagen eine Geschäftsordnung, Arbeitsprogramme, Protokolle und Jahresberichte vor. Es wurden laufend Qualitätssicherungsprojekte durchgeführt¹⁰⁹; Evaluierungen erfolgten ebenso.

¹⁰⁶ Diese setzten sich im Wesentlichen aus den Mitgliedern der Qualitätssicherungskommissionen zusammen.

¹⁰⁷ Für 2013 gab es erstmals ein Arbeitsprogramm.

¹⁰⁸ Der Kommission haben zumindest je eine Vertretung des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und der Krankenhausverwaltung anzugehören.

¹⁰⁹ im medizinischen Bereich bspw.: OP-Statut und OP-Neuorganisation, hausübergreifend Einführung des Patientenidentifikationsbandes, Sicherheit medizinischer Geräte, umfangreiche Aus- und Weiterbildungen

Sonstige Feststellungen

- 34.2 Der RH anerkannte, dass in allen überprüften Krankenanstalten eine Qualitätssicherungskommission eingerichtet war und diese Kommissionen eine Reihe von Maßnahmen auch im Bereich der medizinischen Qualitätssicherung setzten. Weiters sah er die Tätigkeit der ARGE Qualitätsmanagement der KRAGES positiv.

Bezüglich der KRAGES hielt der RH aber kritisch fest, dass keine schriftliche krankenanstaltenübergreifende Qualitätsstrategie vorlag und auf Ebene der Geschäftsführung kein Mitarbeiter explizit für Qualitätsmanagement des Gesamtunternehmens zuständig war.

Der RH empfahl daher der KRAGES, eine mehrjährige Qualitätsstrategie für das Gesamtunternehmen schriftlich festzulegen sowie auf Ebene der Geschäftsführung klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für ein krankenanstaltenübergreifendes Qualitätsmanagement zu definieren. Gleichzeitig hielt er es für zweckmäßig, für die Tätigkeit der Qualitätssicherungskommissionen einheitliche Vorgaben zu definieren.

Für die effiziente Umsetzung der festzulegenden Qualitätsstrategie in den Krankenanstalten hielt er es weiters für zweckmäßig, Strategiesitzungen der KRAGES-Geschäftsführung samt Qualitätsmanagement mit der ARGE Qualitätsmanagement zu institutionalisieren.

Den KH Kittsee und Oberpullendorf empfahl der RH, wie gesetzlich vorgesehen für ihre Qualitätssicherungskommissionen auch Vertreter des medizinisch-technischen Dienstes zu bestellen.

- 34.3 *Die KRAGES sagte zu, eine mehrjährige Qualitätsstrategie im Jänner 2014 zu erarbeiten. Auf der Ebene der Geschäftsführung sei der Bereich Qualitätsmanagement besetzt worden. Einheitliche schriftliche Vorgaben für die Qualitätssicherungskommissionen würden ab Jänner 2014 erlassen werden. Im KH Kittsee und KH Oberpullendorf seien Vertreter des medizinisch-technischen Dienstes bestellt worden. Weiters führte die KRAGES aus, in einer arbeitsteiligen Organisation reiche es aus, dass die Anordnungen der Geschäftsführung umgesetzt und auf deren Wirkung hin überprüft würden. Ebenso sei durch eine effiziente Organisation ein regelmäßiges Feedback sichergestellt. Eine persönliche Anwesenheit der Geschäftsführung in allen Organisationseinheiten sei weder sinnvoll noch machbar.*

- 34.4 Der RH stellte gegenüber der KRAGES klar, dass seine Empfehlung auf regelmäßige (hspw. halbjährliche) Strategiesitzungen der KRAGES-Geschäftsführung samt Qualitätsmanagement mit der ARGE Qualitätsmanagement gerichtet war, um laufend eine effiziente Umsetzung

**Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten**

der Qualitätsstrategie sicherzustellen und zeitnah allenfalls erforderliche Adaptierungen bzw. Ergänzungen vornehmen zu können.

Patienten-
befragungen

35.1 Patientenbefragungen sind eine wichtige Grundlage für das krankenanstalteninterne Qualitätsmanagement bzw. für die Evaluation sowie Steuerung von qualitätsrelevanten Prozessen.¹¹⁰ An den fünf überprüften Krankenanstalten wurde dieses Instrument zur Zeit der Gebärungsüberprüfung wie folgt angewandt:

KH Güssing, Kittsee, Oberpullendorf und Oberwart

Die vier Krankenanstalten der KRAGES nahmen 2010/2011 an einer österreichweiten umfassenden sektorenübergreifenden Patientenbefragung der Gesundheit Österreich GmbH teil.¹¹¹

Im Zeitraum April bis Juni 2013 führten alle vier Krankenanstalten Patientenbefragungen anhand eines einheitlichen Fragebogens (mit spezifischen Fragestellungen zur Behandlungsqualität) durch.¹¹² Die Vorgangsweise der Mitarbeiter bei der Durchführung der Befragungen mit dem neuen Fragebogen gab die KRAGES schriftlich vor. Danach hatte jede Abteilung/Station aus den von der KRAGES zentral ausgewerteten Daten Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten.¹¹³

KH BBR Eisenstadt

Das KH BBR Eisenstadt führte sowohl kontinuierliche als auch periodische Patientenbefragungen – die letzte fand 2008 statt, die nächste ist für Herbst 2013 geplant – durch. Für die kontinuierliche Befragung bestanden detaillierte schriftliche Vorgaben. Im Unterschied zur KRAGES war eine Einbindung der kollegialen Führung in die Maßnahmensetzung vorgesehen. Infolge des Fehlens entsprechender Fragestellungen betrafen die aus den Beantwortungen abgeleiteten Maßnahmen die Behandlungsqualität kaum.¹¹⁴

¹¹⁰ Nübling, R., Körner, M., Steffanowski, A., Rundel, M., Kohl, C.F.R., Löschnann, C., Schmidt, J. (2007): Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 12, S. 44–50

¹¹¹ mit durchwegs überdurchschnittlichen Ergebnissen

¹¹² Davor gab es unterschiedliche Vorgangsweisen in den einzelnen Krankenanstalten.

¹¹³ Zur Zeit der Gebärungsüberprüfung waren die Auswertungen durch die KRAGES noch nicht abgeschlossen.

¹¹⁴ Maßnahmen betrafen eher das Essen und die Unterbringung der Patienten.

Sonstige Feststellungen

- 35.2 Der RH hielt die Durchführung von Patientenbefragungen grundsätzlich für geeignet, um für die Qualitätssicherung in der Patientenbehandlung einen Mehrwert zu erzielen. Voraussetzung dafür waren seiner Ansicht nach aber auch konkrete Fragestellungen in Bezug auf die Behandlungsqualität.

Bei den Krankenanstalten der KRAGES fiel auf, dass die Maßnahmenentscheidungen und die Umsetzungsverantwortung auf Ebene der Abteilungsleitungen vorgesehen waren. Nach dem Bgld. KAG 2000¹¹⁵ hat die kollegiale Führung die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund empfahl der RH der KRAGES, die jeweilige kollegiale Führung in die Entscheidung über erforderliche Maßnahmen aufgrund der Patientenbefragungen, deren Umsetzung und Kontrolle verantwortlich einzubinden sowie die Verfahrensanleitungen für ihre Patientenbefragungen in diesem Sinne zu modifizieren.

Er empfahl der KRAGES weiters, die Struktur bzw. die Fragestellungen des für die letzte Befragung eingesetzten Fragebogens auf Basis der aktuellen Ergebnisse zu evaluieren und die zukünftige Vorgangsweise für Patientenbefragungen für das gesamte Unternehmen festzulegen.

Dem KH BBR Eisenstadt empfahl er ebenfalls, die Struktur bzw. die Fragestellungen des Patientenfragebogens regelmäßig zu evaluieren und zusätzliche Fragestellungen betreffend die Patientenbehandlungsqualität zu erwägen.

- 35.3 (1) *Laut Stellungnahme der KRAGES seien die Ergebnisse der aktuell durchgeführten Patientenbefragung bereits den kollegialen Führungen zur weiteren Veranlassung zur Verfügung gestellt worden. Eine Evaluierung der Struktur bzw. Fragestellungen des Patientenfragebogens erfolge im Dezember 2013. In diesem Zusammenhang werde auch der nächste Zeitraum für die KRAGES-weite Patientenbefragung 2014 festgelegt.*

(2) Der Konvent der Barmherzigen Brüder hielt in seiner Stellungnahme fest, dass im KH BBR Eisenstadt eine laufende Patientenbefragung und eine Patientenbefragung durch ein deutsches Institut erfolge. Das Ergebnis aus der Befragung dieses Instituts werde mit März 2014 erwartet. In der Patientenbefragung, welche durch das Institut provinzweit alle drei Jahre erfolge, werde auf die Behandlungsqualität eingegangen. Der Fragebogen zur laufenden Befragung sei ein provinzweit

¹¹⁵ § 23 Abs. 3 Bgld. KAG 2000

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten

verwendeter Fragebogen innerhalb Österreichs. Im Rahmen der Evaluation werde die Empfehlung des RH eingebracht werden.

Obduktionen

36.1 (1) In Österreich werden drei Arten von Obduktionen unterschieden:

- Eine klinische Obduktion wird bei Versterben eines Patienten in einer öffentlichen Krankenanstalt auf landesgesetzlicher Grundlage angeordnet. Obduktionsindikatoren sind vor allem diagnostische Unklarheit oder postoperatives Ableben. Die klinische Obduktion dient zur genaueren Abklärung der Todesursache und zur klinischen Qualitätssicherung.
- Wenn ein Todesfall nicht im Krankenhaus auftritt, kann die Bezirksverwaltungsbehörde eine sanitätsbehördliche Obduktion nach den Sanitätsgesetzen beauftragen. Indikation zur Obduktion ist im Wesentlichen eine unklare Todesursache, die durch die Totenbeschau nicht geklärt werden kann.
- Gerichtliche Obduktionen finden bei Verdacht auf fremde Beteiligung am Tod auf Grundlage der Strafprozessordnung¹¹⁶ statt. Die Staatsanwaltschaft beauftragt aufgrund einer Anzeige eine Obduktion. Auch im Fall eines Fremdverschuldens in Verbindung mit einem Tod am Operationstisch bzw. in Narkose (mors in tabula) muss nach dem Ärztegesetz¹¹⁷ eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft erstattet werden.

Die Anzahl der klinischen Obduktionen sank im Verhältnis zu allen Todesfällen von 2004 bis 2012 in Österreich bzw. im Burgenland um 6,8 bzw. 9,3 Prozentpunkte auf 11,4 % bzw. 11,3 % (2004: Österreich 18,2 %, Burgenland 20,6 %). Auch die sanitätspolizeilichen Obduktionsraten verringerten sich in Österreich in diesem Zeitraum von 2,7 % auf 1,5 %; im Burgenland blieben sie nahezu konstant bei rd. 1,0 %. Die gerichtlichen Obduktionsraten blieben sowohl in Österreich als auch im Burgenland beinahe gleich (2004: 1,6 % bzw. 0,8 %, 2012: 1,7 % bzw. 0,7 %).

¹¹⁶ BGBl. Nr. 631/1975 i.d.g.F.

¹¹⁷ § 54 Ärztegesetz

Sonstige Feststellungen

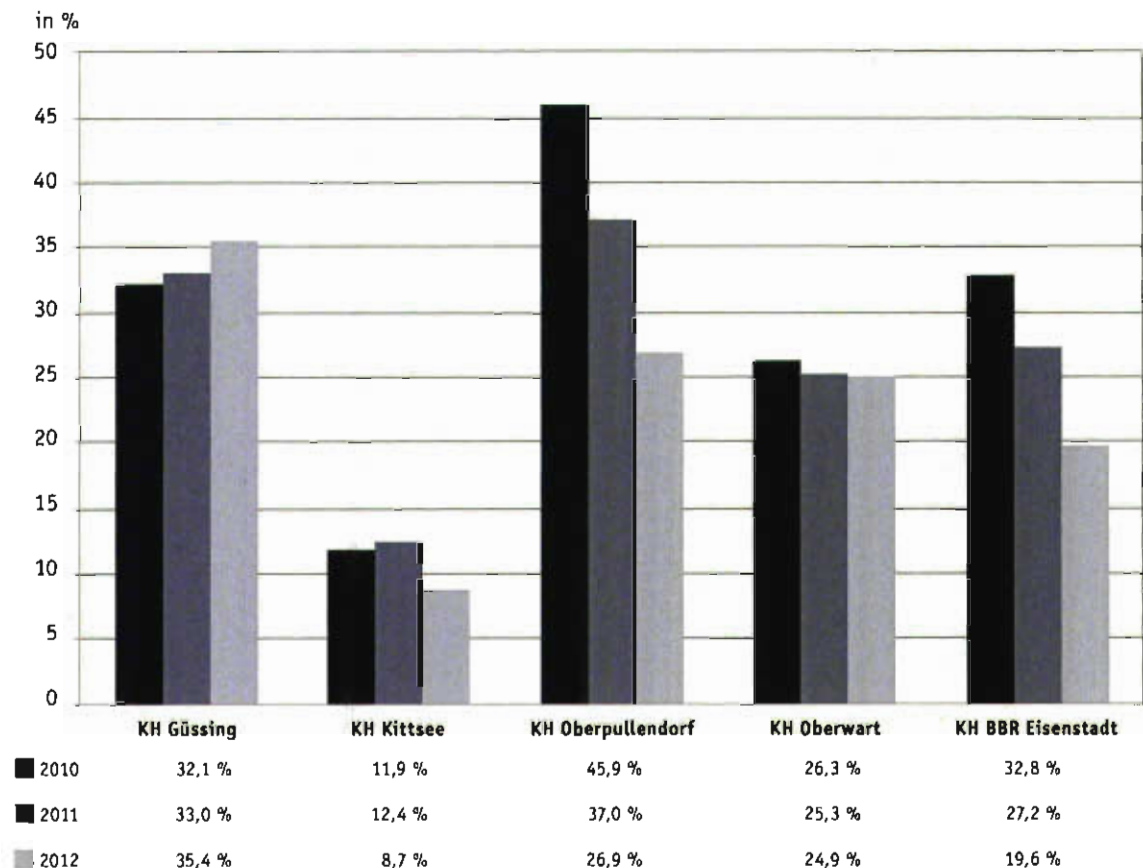
(2) Gemäß Bgld. KAG 2000 sind in öffentlichen Krankenanstalten verstorbene Patienten zu obduzieren, wenn die Obduktion

- sanitätspolizeilich oder strafprozessual angeordnet wurde oder
- öffentliche oder wissenschaftliche Interessen wahrt, insbesondere zur diagnostischen Klärung der Todesursache oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffs.

Ansonsten durfte eine Leichenöffnung nur bei Vorliegen der Zustimmung des Verstorbenen bei Lebzeiten oder seiner nächsten Angehörigen vorgenommen werden.

(3) In den überprüften Krankenanstalten stellte sich in den Jahren 2010 bis 2012 die Anzahl der klinischen Obduktionen im Verhältnis zu den im jeweiligen Krankenhaus Verstorbenen wie folgt dar:

Abbildung 1: Klinische Obduktionsraten (= Anteil der Obduktionen an allen im KH Verstorbenen) in burgenländischen Krankenanstalten 2010 bis 2012



Quellen: KRAGES; KH BBR Eisenstadt

**Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten**

Die Vorgehensweise bei der Entscheidung zur Obduktion war in allen überprüften Krankenanstalten deren Angaben zufolge grundsätzlich ähnlich: Keine Obduktion erfolgte, wenn die Todesursache klar war bzw. der Todesfall erwartet wurde. Im Fall eines unklaren Todesfalls, wenn noch Fragen zur Todesursache bestanden oder bei Todesfällen im Zusammenhang mit operativen Eingriffen wurde eine klinische Obduktion veranlasst. Bei Verdacht eines Verschuldens wurde eine gerichtliche Obduktion durchgeführt sowie eine Sachverhaltsdarstellung an die Staatsanwaltschaft übermittelt.

Die Entscheidung, wann eine klinische Obduktion durchzuführen war, oblag dem jeweiligen Abteilungsleiter bzw. dessen Vertreter. Dies war gängige Praxis und mit Ausnahme des KH Kittsee, in dem eine Organisationsanweisung¹¹⁸ des Ärztlichen Direktors bestand, nicht schriftlich festgehalten.

Die im Vergleich zu den anderen überprüften Krankenanstalten geringe Obduktionsrate führte das KH Kittsee darauf zurück, dass es sich bei den im Krankenhaus Verstorbenen meist um ältere, multimorbide Patienten mit klarer Todesursache handelte. Im KH Oberpullendorf wurde ein Personalwechsel als Grund für das Sinken der Obduktionsrate angegeben. Das KH BBR Eisenstadt begründete die gesunkene Obduktionsrate mit besseren diagnostischen Verfahren.

- 36.2 Nach Ansicht des RH waren Obduktionen ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung des medizinischen Qualitätsniveaus. Der RH empfahl daher dem BMG – vor dem Hintergrund der Wichtigkeit der Durchführung von Obduktionen für die medizinische Qualitätssicherung einerseits sowie für Forschung und Lehre andererseits – die Gründe für das Sinken der Obduktionsraten in den österreichischen Krankenanstalten in den letzten Jahren zu erheben.

Auch im Hinblick auf die unterschiedlichen Entwicklungen der Obduktionsraten empfahl der RH der KRAGES für ihre Krankenanstalten und dem KH BBR Eisenstadt, schriftlich festzulegen, wer in welchen Fällen zur Entscheidung über eine durchzuführende Obduktion befugt ist.

¹¹⁸ Diese Organisationsanweisung im KH Kittsee regelte, dass die Abteilungsleiter die Indikation zur Obduktion stellten, bei allen unklaren Krankheitsbildern eine Obduktion angeordnet wird und eine telefonische Anmeldung über das Sekretariat der Pathologie des KH Oberwart zu erfolgen hat; nach Vorliegen des Obduktionsergebnisses war weiters eine Nachbesprechung innerhalb der Abteilung durchzuführen.

Sonstige Feststellungen

36.3 (1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, dass eine Obduktion als klinische Qualitätssicherung beim heutigen Stand der Wissenschaft nicht notwendig und nicht obligat sei. Bei Todesfällen in Krankenhäusern werde die Obduktion vermehrt mittels spezieller CT-Geräte und chemischer Analysen sowie durch verbesserte Diagnostik ersetzt. Sinkende Obduktionsraten seien auch international zu beobachten (z.B. wegen verbesserter diagnostischer Möglichkeiten zu Lebzeiten, Widerständen der Angehörigen, kostengünstigeren Alternativen). Im Übrigen würden die Obduktionsraten schon seit Mitte der 1980er-Jahre kontinuierlich sinken. Obduktionen seien heutzutage nicht mehr das adäquate Instrument für medizinische Qualitätssicherung. Selbst für Forschung und Lehre sei in den neuen Ausbildungscurricula der medizinischen Universitäten auf anatomische Sezierkurse verzichtet worden.

(2) Die KRAGES teilte mit, dass in den Anstaltsordnungen eindeutig geregelt sei, wann eine Obduktion vorzunehmen wäre. Hinsichtlich einer Anordnungsbefugnis für eine Obduktion werde eine einheitliche Regelung in Abstimmung mit den Ärztlichen Direktoren und den Abteilungsleitern angestrebt.

36.4 Gegenüber dem BMG hielt der RH vor dem Hintergrund einer Reihe von Expertenmeinungen und Fachliteratur klinische Obduktionen trotz der verbesserten diagnostischen Möglichkeiten nach wie vor für ein wichtiges Instrument zur medizinischen Qualitätssicherung.

Pathologische
Versorgung des
KH BBR Eisenstadt

37.1 Zur Durchführung der Aufgaben der Pathologie (Gefrierschnitte und Obduktionen, histologische Untersuchungen etc.) schloss das KH BBR Eisenstadt im Jahr 2000 einen Vertrag mit einem externen Pathologen als protokolliertem Einzelunternehmer (im Jahr 2006 in eine GmbH umgewandelt); dieser verfügte auch über eine Ordination. Die Verrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgte über die Ordination, jene der technischen Leistungen über die GmbH.

Vertragsänderungen, bspw. hinsichtlich einer längeren Anwesenheit eines Pathologen im KH BBR Eisenstadt¹¹⁹, wurden mündlich vereinbart. Weiters erhielt das KH BBR Eisenstadt einmal jährlich eine Liste mit den aktuellen Tarifen für die Leistungen der Ordination und der GmbH. Zusätzlich zu den erbrachten Leistungen laut Tarifliste wurden auch Fahrtspesen verrechnet.

¹¹⁹ 16 Stunden pro Woche statt ursprünglich zwölf Stunden pro Woche

**Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten**

Für die Durchführung intraoperativer Gefrierschnitte und Obduktionen war die Anwesenheit eines Pathologen von Montag bis Donnerstag von 8:00 bis 12:00 Uhr, wie erwähnt, mündlich vereinbart. Zeitaufzeichnungen zum Nachweis dieser Anwesenheit gab es nicht.¹²⁰

Das KH BBR Eisenstadt zahlte für pathologische Leistungen zwischen rd. 430.000 EUR (2010) und rd. 370.000 EUR (2012) an die Ordination bzw. die GmbH.

- 37.2 Der RH kritisierte, dass die Zusatzvereinbarungen zum Vertrag nur mündlich geschlossen wurden und somit nicht nachvollziehbar sowie transparent dokumentiert waren. Weiters merkte er kritisch an, dass es keine Zeitaufzeichnungen über die Anwesenheit des Pathologen im KH BBR Eisenstadt gab.

Der RH empfahl dem KH BBR Eisenstadt daher, sämtliche bisherige mündliche Vertragsänderungen schriftlich festzuhalten und gegebenenfalls künftige Änderungen nur mehr schriftlich zu vereinbaren. Er verkannte nicht, dass die meisten intraoperativen Gefrierschnitte während der vereinbarten Anwesenheitszeit des Pathologen erfolgten; dennoch regte der RH im Interesse der Nachvollziehbarkeit und Transparenz an, die Anwesenheitszeiten des Pathologen zu dokumentieren.

Im Hinblick auf die lange Vertragsdauer von fast 13 Jahren empfahl der RH dem Land Burgenland und dem KH BBR Eisenstadt darüber hinaus, unter Bedachtnahme auf eine Sicherstellung der Patientenbehandlungsqualität kostengünstigere Varianten der pathologischen Versorgung des KH BBR Eisenstadt – auch unter Einbindung der KRAGES und der Pathologie im KH Oberwart – zu prüfen.

- 37.3 (1) Das Land Burgenland führte in seiner Stellungnahme aus, dass die pathologische Versorgung des KH BBR Eisenstadt durch eine externe Einrichtung ausgezeichnet sei. Im Rahmen der sanitären Aufsicht ergaben sich für das Land Burgenland keine Möglichkeiten, wirtschaftliche Aspekte zu überprüfen.

(2) Der Konvent der Barmherzigen Brüder teilte in seiner Stellungnahme mit, dass ein überarbeiteter Vertragsentwurf über die Zusammenarbeit mit der GmbH bereits vorliege und demnächst unterzeichnet werde. Bereits umgesetzt sei die Erfassung der Anwesenheitszeiten des Facharztes für Pathologie mittels elektronischer Zeiterfassung. Weiters seien die Befunde dieses Labors so hochstehend, dass derzeit nicht an einen Wechsel zu einem anderen Anbieter gedacht werden könnte. Bezüg-

¹²⁰ Aus dem OP-Daten des KH BBR Eisenstadt ergab sich, dass die Gefrierschnitte fast immer in dieser Zeit durchgeführt wurden.



Sonstige Feststellungen

lich der Kosten sei ein Vergleich anhand der Preisliste der Pathologie im KH Oberwart durchgeführt worden, wonach aus Sicht des Konvents durch einen Wechsel zur Pathologie im KH Oberwart deutlich höhere Kosten zu erwarten seien.



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten- behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

38 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

BMG

(1) Es wären verbindliche Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Form von Bundesqualitätsrichtlinien entsprechend den Vorgaben im Gesundheitsqualitätsgesetz zu erlassen. (TZ 3)

(2) Unter Hinweis auf die im Gesundheitsqualitätsgesetz festgelegten Verpflichtungen wäre der Aufbau eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems zügig voranzutreiben. (TZ 4)

(3) Die mit dem Indikatorenmodell A-IQI aus Routinedaten ermittelten und daher auch vergleichbaren Ergebnisse wären zugunsten einer einheitlichen und öffentlichen Qualitätsberichterstattung im Rahmen eines österreichischen Qualitätsberichts zu nutzen. (TZ 4, 8)

(4) Es wäre klarzustellen, wie die pathologische Versorgung in einer Krankenanstalt ausgestaltet sein muss, um den Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit für einen Onkologischen Schwerpunkt zu genügen. (TZ 20)

(5) Es wäre klarzustellen, welche onkologischen Leistungen von den im Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgesehenen Festlegungen der Krankenanstalenträger darüber, welche Abteilung für welche onkologischen Leistungen zuständig und verantwortlich ist, umfasst sein sollten. (TZ 21)

(6) Es wäre klarzustellen, ob bzw. unter welchen konkreten Voraussetzungen Tumorboards im Rahmen einer assoziierten onkologischen Versorgung geeignet sein können, die entsprechenden Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit zu erfüllen. (TZ 23)

(7) Im Sinne höchstmöglicher Patientenbehandlungssicherheit wären für Verfahrens- bzw. Arbeitsanordnungen für die Tumorboards konkrete (Mindest)Vorgaben festzulegen (bspw. in Form einer Muster-geschäftsordnung für Tumorboards). (TZ 23)

(8) Im Hinblick auf mögliche Unklarheiten auch in anderen Bundesländern sollte das BMG seine Ausführungen zur Organisation der onkologischen Versorgung auch den anderen Bundesländern bzw. den Rechtsträgern der Krankenanstalten mitteilen. (TZ 20, 21, 23)

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

(9) Die Entwicklung des Nationalen Krebsprogramms für Österreich wäre zügig voranzutreiben. In diesem Zusammenhang wäre auch der Thematik Verlaufsregister bzw. klinisches Krebsregister ein besonderer Stellenwert einzuräumen. (TZ 27)

(10) Vor dem Hintergrund der Wichtigkeit der Durchführung von Obduktionen für die medizinische Qualitätssicherung einerseits sowie für Forschung und Lehre andererseits wären die Gründe für das Sinken der Obduktionsraten in den österreichischen Krankenanstalten in den letzten Jahren zu erheben. (TZ 36)

Land Burgenland

(11) Der Landesgesundheitsfonds wäre dazu anzuhalten, die Abrechnungskriterien nach dem System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung an die Strukturqualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit anzugleichen und Leistungen, die diesen nicht entsprechen, den Fondskrankenanstalten auch nicht zu vergüten. (TZ 7)

(12) Der Landeskrankenanstaltenplan wäre, wie krankenanstaltenrechtlich vorgegeben, in Zukunft enger mit den Strukturplanungen auf Bundes- und auf Landesebene abzustimmen und aktuell zu halten. Unter anderem wären die onkologischen Versorgungsstufen der einzelnen burgenländischen Krankenanstalten auszuweisen; dabei wäre auf die Klarstellung des BMG hinsichtlich der pathologischen Versorgung in Onkologischen Schwerpunkten Bedacht zu nehmen. (TZ 7, 20)

(13) Im Sinne einer umfassenden Qualitätssicherung für Baumaßnahmen im Krankenanstaltenbereich wäre die Erstellung einheitlicher Vorgaben für bauliche Hygienemaßnahmen für alle burgenländischen Krankenanstalten zu erwägen. (TZ 12)

(14) Angesichts der von den überprüften Krankenanstalten ins Treffen geführten Schwierigkeit, Ärzte mit einschlägiger Facharztausbildung für die Belange der Hygiene als Hygienebeauftragte in den einzelnen Krankenanstalten zu gewinnen, wäre ein zentral geführtes Hygienemanagement für alle überprüften Krankenhäuser zu prüfen. (TZ 13)



Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

(15) Die Festlegungen der Krankenanstaltenträger hinsichtlich des onkologischen Leistungsspektrums sowie der entsprechenden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten wären auf ihre Konformität mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit zu überprüfen und es wäre auf für das Land Burgenland zweckmäßige, klare sowie vor allem patientenbehandlungssichere onkologische Versorgungsaufträge und -strukturen zu achten. (TZ 21)

(16) Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Mindestfrequenzen für Operationen der Bauchspeicheldrüse ab 2014 verbindlich sind, wäre eine Konzentration dieses Eingriffs an einem Standort für das gesamte Land Burgenland im Rahmen der Leistungsangebotsplanung zu veranlassen. (TZ 29)

(17) Da das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt im Unterschied zum Krankenhaus Oberwart im Bereich der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde bei bestimmten Patientengruppen nur bei klinisch auffälligem Befund histologische Untersuchungen anordnete, wäre im Interesse der höchstmöglichen Patientenbehandlungssicherheit bzw. auch aus forensischen Gründen eine einheitliche Vorgangsweise zu prüfen. (TZ 16)

BMG, Land Burgenland, KRAGES

(18) Bezogen auf die onkologischen „Routinefälle“ wäre für das Tumorboard eine Vorgangsweise (insbesondere betreffend Definition und Auswahlverfahren für die Besprechung im Tumorboard) festzulegen, die unter Beachtung der vom Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgesehenen onkologischen Versorgungs- und Verantwortlichkeitsstrukturen für jeden Patienten eine optimale Behandlungsqualität sicherstellt. (TZ 25)

(19) Es wären insbesondere auch die von der KRAGES geplanten Änderungen der Geschäftsordnung betreffend den im Tumorboard (nicht) vorzustellenden Patientenkreis im Hinblick auf ihre Konformität mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit zu erörtern. (TZ 25)

Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

BMG, Land Burgenland, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt

(20) Da die Vorgangsweise bestimmter Abteilungen, Standardfälle nicht im Tumorboard anzumelden, in einem Spannungsverhältnis zum Wortlaut des Österreichischen Strukturplans Gesundheit stand, wonach „... jede Person mit einer malignen Neuerkrankung im Tumorboard anzumelden war ...“, wäre – für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards – gemeinsam mit dem Land Burgenland und dem BMG für das Tumorboard eine dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit entsprechende Vorgangsweise bezüglich des Patientenkreises festzulegen. (TZ 25)

Land Burgenland, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt

(21) Unter Bedachtnahme auf eine Sicherstellung der Patientenbehandlungsqualität wären kostengünstigere Varianten der pathologischen Versorgung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Eisenstadt – auch unter Einbindung der KRAGES und der Pathologie im Krankenhaus Oberwart – zu prüfen. (TZ 37)

KRAGES, Konvent der Barmherzigen Brüder, Krankenhaus Güssing, Ladislaus Batthyány-Strattmann Krankenhaus Kittsee, Krankenhäuser Oberpullendorf und Oberwart, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt

(22) Für eine kontinuierliche Gewährleistung der bestmöglichen onkologischen Behandlung der Patienten wären schriftliche Kooperationsvereinbarungen zu schließen. Die Rahmenbedingungen dafür könnten in den vom Rechtsträger zu treffenden Festlegungen für die onkologische Leistungserbringung seiner Krankenanstalt(en) normiert werden. (TZ 22)

KRAGES, Konvent der Barmherzigen Brüder

(23) Unter Berücksichtigung der jeweiligen onkologischen Versorgungsstufen sowie der Klarstellung durch das BMG hinsichtlich des im Österreichischen Strukturplan Gesundheit verwendeten Leistungsbegriffs wären das onkologische Leistungsspektrum der Krankenhäuser schriftlich festzulegen sowie die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar zu definieren. Dabei wäre auf die optimale Patientensicherheit bzw. die Qualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit besonders Bedacht zu nehmen. (TZ 21)

(24) Im Hinblick auf die Organisationspflichten eines Rechtsträgers und – betreffend das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt – unter Berücksichtigung der Klarstellung des BMG betreffend die pathologische Versorgung in Onkologischen Schwerpunkten bzw. Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgungsformen wäre für



Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

die Teilnahme von Fachärzten aller im Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgesehenen Fachrichtungen in den Tumorboards zu sorgen. (TZ 24)

(25) Den fachbezogenen Strukturqualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit entsprechend sollten Kniearthroskopien und Implantationen von Hüftteildoprothesen in den Krankenhäusern der Barmherzigen Brüder Eisenstadt und Oberwart konzentriert werden. (TZ 30)

KRAGES, Krankenhaus
der Barmherzigen
Brüder Eisenstadt

(26) Die Einführung bzw. Verwendung von Fehlermeldesystemen wäre mit Nachdruck weiter voranzutreiben, und unter den Mitarbeitern wäre durch gezielte Maßnahmen (z.B. Informationsveranstaltungen) verstärkt Bewusstsein für die Bedeutung von Fehlermeldungen zur Verbesserung der Patientenbehandlungssicherheit zu schaffen. (TZ 17)

(27) Für den Fall, dass das Krankenhaus Güssing und das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt affilierte Partner des Brustgesundheitszentrums im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus werden, wäre für die betroffenen Patientinnen die Vorgangsweise im Tumorboard zu regeln. (TZ 25)

(28) Es wäre schriftlich festzulegen, wer in welchen Fällen zur Entscheidung über eine durchzuführende Obduktion befugt ist. (TZ 36)

KRAGES

(29) Es wäre die Einführung von OP-Checklisten zu veranlassen, die alle Bereiche der WHO-Checkliste abdecken. Weiters wäre zu überlegen, die OP-Checkliste(n) stärker an den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu orientieren. (TZ 19)

(30) In der Geschäftsordnung Tumorboard wäre die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit festgelegte abgestufte onkologische Versorgungsstruktur explizit zu berücksichtigen. Weiters wäre die Geschäftsordnung Tumorboard um weitere Punkte zu ergänzen (z.B. Rollendefinition, Vorgangsweise bei externen Patienten, Patientenaufklärung). (TZ 23)

(31) Es wären wöchentliche Tumorboardsitzungen zu überlegen (anstelle der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nur vierzehntägig abgehaltenen Tumorboardsitzungen). (TZ 23)

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

(32) Die bei jedem **einzelnen** Tumorboardbeschluss jeweils anwesenden Fachärzte wären für jeden Patienten zu dokumentieren. (TZ 26)

(33) In Anbetracht der niedrigen Fallzahlen von Schilddrüsenoperationen an den Standorten Güssing und Oberpullendorf (Erfüllungsgrad: 50 % bzw. 64 %) wäre die Entwicklung des Leistungsaufkommens zu beobachten und bei einem allfälligen weiteren Rückgang wären Varianten für eine Leistungskonzentration zu prüfen. (TZ 29)

(34) Bei den Fachschwerpunkten wäre auf eine **regelmäßige** Durchführung der Visitationen sowie der entsprechenden Berichterstattung zu achten. (TZ 30)

(35) Die begonnene Implementierung der OP-Software in den Krankenanstalten der KRAGES wäre fortzusetzen. (TZ 31)

(36) Es wären eine mehrjährige Qualitätsstrategie für das Gesamtunternehmen schriftlich festzulegen sowie auf Ebene der Geschäftsführung klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für ein krankenanstaltenübergreifendes Qualitätsmanagement zu definieren. Gleichzeitig wären für die Tätigkeit der Qualitätssicherungskommissionen einheitliche Vorgaben zu definieren. (TZ 34)

(37) Für die effiziente Umsetzung der festzulegenden Qualitätsstrategie in den Krankenanstalten wären Strategiesitzungen der Geschäftsführung der KRAGES samt Qualitätsmanagement mit der ARGE Qualitätsmanagement zu institutionalisieren. (TZ 34)

(38) Die jeweilige kollegiale Führung wäre in die Entscheidung über erforderliche Maßnahmen aufgrund der Patientenbefragungen, deren Umsetzung und Kontrolle verantwortlich einzubinden; die Verfahrensanleitungen für die Patientenbefragungen wären in diesem Sinne zu modifizieren. (TZ 35)

(39) Die Struktur bzw. die Fragestellungen des für die letzte Befragung eingesetzten Fragebogens wäre auf Basis der aktuellen Ergebnisse zu evaluieren und die zukünftige Vorgangsweise für Patientenbefragungen für das gesamte Unternehmen festzulegen. (TZ 35)



Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen



Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten- behandlung in burgenländischen Krankenanstalten

Konvent der Barm-
herzigen Brüder

(40) Für die Hygienebeauftragten und die Hygienefachkräfte wäre – im Hinblick auf eine allfällige Haftung des Rechtsträgers – unverzüglich eine geeignete Stellvertretungsregelung zu treffen. (TZ 13)

(41) Für den Fall, dass das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt – bspw. infolge der Klarstellung des BMG betreffend die pathologische Versorgung – im Landeskrankenanstaltenplan als assoziierte onkologische Versorgung eingestuft würde, wären entsprechende Veranlassungen für das Tumorboard bzw. für die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit geforderte institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem Tumorboard eines Onkologischen Schwerpunkts und/oder Zentrums zu treffen und schriftlich festzulegen bzw. zu vereinbaren. (TZ 23)

Krankenhaus Güssing,
Ladislav Batthyány-Strattmann
Krankenhaus Kittsee,
Krankenhäuser Ober-
pullendorf und Ober-
wart, Krankenhaus
der Barmherzigen
Brüder Eisenstadt

(42) Die Personalausstattung der Hygieneteams wäre – in Orientierung an den Empfehlungen des BMG – zu ergänzen. (TZ 13)

(43) Unter Einbindung der Primärärzte der Fachabteilungen wäre auf eine systematische Erfassung und zentrale Auswertung von Komplikationen durch das Qualitätsmanagement mit anschließender Meldung an die kollegiale Führung hinzuwirken, bis Komplikationsraten fachbereichsübergreifend im bundesweiten Indikatorenmodell abgebildet werden können. (TZ 15)

Krankenhaus Güssing,
Ladislav Batthyány-Strattmann
Krankenhaus Kitt-
see, Krankenhäuser
Oberpullendorf und
Oberwart

(44) Eine lückenlose Anmeldung aller an Krebs erkrankten Patienten im Tumorboard wäre vorzunehmen. (TZ 25)

Ladislav Batthyány-Strattmann
Krankenhaus Kittsee,
Krankenhäuser Ober-
pullendorf und Ober-
wart, Krankenhaus
der Barmherzigen
Brüder Eisenstadt

(45) Es wären u.a. im Hinblick auf das Vorliegen korrekt ausgefüllter OP-Checklisten stichprobenartige Kontrollen von Krankengeschichten durchzuführen. (TZ 19)

**Schlussbemerkungen/
 Schlussempfehlungen**

- Ladislaus Batthyány-Strattmann
Krankenhaus Kittsee, Krankenhäuser Oberpullendorf und Oberwart
- (46) Mit Hilfe der zur Verfügung gestellten Software wäre so rasch wie möglich anhand geeigneter Indikator-Operationen eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Infektions-Surveillance einzurichten. Dafür kämen in der Chirurgie bspw. Hernien- und Colonoperationen, in der Orthopädie und Unfallchirurgie etwa Hüft- und Knie totalendoprothetik sowie in der Gynäkologie/Geburtshilfe der Kaiserschnitt in Frage. Ebenso sollte im Bereich der Intensivmedizin und hier insbesondere für die Betreuung von Frühgeborenen (Neonatalogie im Rahmen der Kinderheilkunde) eine entsprechende Surveillance von nosokomialen Infektionen eingerichtet werden. (TZ 14)
- Ladislaus Batthyány-Strattmann
Krankenhaus Kittsee, Krankenhaus Oberpullendorf
- (47) Für die Qualitätssicherungskommissionen wären auch Vertreter des medizinisch-technischen Dienstes zu bestellen. (TZ 34)
- Krankenhaus Güssing
- (48) Die anhand von Indikator-Operationen erhobenen Infektionsdaten wären in Zukunft auch an ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Surveillance-System wie ANISS oder KISS zu melden, um so den gesetzlich geforderten Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denen anderer Institutionen zu ermöglichen. (TZ 14)
- Ladislaus Batthyány-Strattmann Krankenhaus Kittsee
- (49) Zur besseren Nachvollziehbarkeit und Transparenz sowie zur Erhöhung der Wirksamkeit wären die vorhandenen CIRS-Formulare (CIRS = Critical Incident Reporting Systems) zu verwenden. (TZ 17)
- Krankenhaus Oberwart
- (50) Da die Verweildauern im OP-Bereich (Zeitraum zwischen Ein- und Ausschleusen abzüglich Schnitt-Naht-Zeiten) speziell bei den beiden überprüften Eingriffen an Knie und Hüfte vergleichsweise hoch waren, wären die Gründe hierfür zu erheben und gegebenenfalls Optimierungspotenziale zu nutzen. (TZ 32)
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt
- (51) Die zusätzliche Infektionserfassung in den Fachbereichen Allgemeinchirurgie (anhand der Indikator-Operation Colonoperationen) sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikator-Eingriffs Kaiserschnitt) sowie die Meldung der diesbezüglichen Ergebnisse an ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Surveillance-System wie ANISS oder KISS wären vorzunehmen. Auch im Bereich der Intensivmedizin sollten nosokomiale Infektionen erfasst

**Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patienten-
behandlung in burgenländischen Krankenanstalten**

werden; dies gilt insbesondere auch für die neonatologische Intensivstation. (TZ 14)

(52) Abhängig von seiner onkologischen Versorgungsstufe bzw. von der Klarstellung des BMG über die Zulässigkeit von Tumorboards im Rahmen einer assoziierten onkologischen Versorgung wären für das Tumorboard dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit entsprechende umfassende Verfahrens- bzw. Arbeitsanweisungen schriftlich festzulegen. (TZ 23)

(53) Für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards wäre dieses regelmäßig zu evaluieren. (TZ 24)

(54) Für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards wäre zu bestimmen, wann bzw. wie oft ein Patient ins Tumorboard eingebracht werden muss. Weiters wäre das Anmeldeverfahren (Gesamtliste, Anmeldefristen etc.) umfassend zu regeln. (TZ 25)

(55) Für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards wären in den zu erstellenden Verfahrens- und Arbeitsanweisungen die Tumorboard-Dokumentation bzw. die Dokumentation der den einzelnen Patienten betreffenden Tumorboardentscheidungen und deren Zustandekommen im Detail konform mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit sowie einheitlich festzulegen (z.B. auch jeweils die teilnehmenden Ärzte zu nennen). (TZ 26)

(56) Die Struktur bzw. die Fragestellungen des Patientenfragebogens wären regelmäßig zu evaluieren und zusätzliche Fragestellungen betreffend die Patientenbehandlungsqualität zu erwägen. (TZ 35)

(57) Die pathologische Versorgung betreffend wären sämtliche bisherige mündliche Vertragsänderungen schriftlich festzuhalten und gegebenenfalls künftige Änderungen nur mehr schriftlich zu vereinbaren. Im Interesse der Nachvollziehbarkeit und Transparenz wäre die Anwesenheitszeit des vor Ort tätigen Pathologen zu dokumentieren. (TZ 37)

**R
|
H**

ANHANG

- Anhang 1:** Hals–Nasen–Ohren–Operationen
- Anhang 2:** Mastektomie und Mammateilresektion
- Anhang 3:** Appendektomie (OP am Blinddarm)
- Anhang 4:** Hemikolon (OP am Mastdarm)
- Anhang 5:** Cholezystektomie (OP der Gallenblase)
- Anhang 6:** Thyreoidektomie (OP an der Schilddrüse)
- Anhang 7:** Pankreatektomie
(OP an der Bauchspeicheldrüse)
- Anhang 8:** Sectio caesarea (Kaiserschnitt)
- Anhang 9:** Arthroskopie
- Anhang 10:** Totalendoprothetik der Hüfte
- Anhang 11:** Totalendoprothetik des Kniegelenks
- Anhang 12:** Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens

ANHANG 1

| ANHANG 1: Hals-Nasen-Ohren-Operationen¹ | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|----------|----------|-------------------|-------------------------------|----------|----------|-------------------|-----------------------|--|---------------------|
| Anzahl OP | durchschnittliche | OP-Anzahl je Arzt | | | durchschnittliche | Schnitt-, Nahtzeit in Minuten | | | durchschnittliche | Verweildauer in Tagen | | Mittelwert Intensiv |
| | | minimale | maximale | maximale | | minimale | maximale | minimale | | maximale | | |
| Adenotomie (Leistungseinheit je Sitzung) | | | | | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | | | | |
| 77 | 11,0 | 1 | 31 | 18,5 | 9 | 50 | 2,0 | 0 | 4 | | | |
| 103 | 12,9 | 1 | 35 | 28,8 | 5 | 70 | 1,4 | 0 | 5 | | | |
| operative Blutstillung einer Nachblutung nach Tonsillektomie/Adenotomie (Leistungseinheit je Sitzung) | | | | | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | | | | |
| 8 | 2,0 | 1 | 3 | 16,9 | 9 | 29 | 5,0 | 3 | 10 | | | |
| 3 | 1,5 | 1 | 2 | 43,7 | 27 | 69 | 6,3 | 3 | 12 | | | |
| Tonsillektomie (Leistungseinheit je Sitzung) | | | | | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | | | | |
| 35 | 8,8 | 3 | 15 | 29,1 | 10 | 88 | 4,8 | 2 | 10 | 2,0 | | |
| 42 | 6,0 | 2 | 12 | 43,7 | 14 | 89 | 4,9 | 2 | 20 | | | |
| Tonsillotomie (Leistungseinheit je Sitzung) | | | | | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | | | | |
| 10 | 3,3 | 1 | 5 | 19,7 | 9 | 35 | 3,2 | 3 | 5 | | | |
| 1 | 1,0 | 1 | 1 | 89,0 | 89 | 89 | 4,0 | 4 | 4 | | | |

¹ Im Zuge dieser Operationen wurden oftmals mehrere Leistungen erbracht.
 Auswertungszeitraum: KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013; KH BBR Eisenstadt Jänner 2013 bis Juni 2013
 Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 2: Mastektomie und Mammeilektomie

| Anzahl OP | durchschnittliche | OP-Anzahl je Arzt | | | Schnitt-, Nahtzeit in Minuten | | Verweildauer in Tagen | | Mittelwert Intensiv | |
|--|-------------------|-------------------|----------|-------------------|-------------------------------|----------|-----------------------|----------|---------------------|----|
| | | minimale | maximale | durchschnittliche | minimale | maximale | minimale | maximale | | |
| Mammeilektomie mit axillärer Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite) | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 24 | 8,0 | 2 | 18 | 142,3 | 66 | 318 | 7,7 | 4 | 11 |
| KH Kittsee | 4 | 4,0 | 4 | 4 | 63,0 | 36 | 77 | 4,3 | 2 | 7 |
| KH Oberpullendorf | 22 | 5,5 | 3 | 8 | 149,5 | 74 | 355 | 5,7 | 3 | 10 |
| KH Oberwart | 11 | 5,5 | 1 | 10 | 79,8 | 57 | 123 | 6,2 | 5 | 8 |
| KH BBR Eisenstadt | 13 | 3,3 | 1 | 8 | 94,7 | 58 | 138 | 6,6 | 4 | 14 |
| Mammeilektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite) | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 9 | 3,0 | 3 | 3 | 89,0 | 27 | 214 | 4,8 | 2 | 9 |
| KH Kittsee | 2 | 1,0 | 1 | 1 | 27,5 | 23 | 32 | 6,5 | 1 | 12 |
| KH Oberpullendorf | 14 | 2,8 | 1 | 7 | 90,9 | 20 | 165 | 4,1 | 0 | 6 |
| KH Oberwart | 1 | 1,0 | 1 | 1 | 60,0 | 60 | 60 | 8,0 | 8 | 8 |
| KH BBR Eisenstadt | 19 | 6,3 | 6 | 7 | 94,8 | 50 | 211 | 6,3 | 3 | 9 |
| totale Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite) | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 6 | 1,5 | 1 | 3 | 111,8 | 69 | 153 | 10,5 | 8 | 12 |
| KH Kittsee | 1 | 1,0 | 1 | 1 | 49,0 | 49 | 49 | 8,0 | 8 | 8 |
| KH Oberpullendorf | 1 | 1,0 | 1 | 1 | 115,0 | 115 | 115 | 10,0 | 10 | 10 |
| KH Oberwart | 3 | 1,5 | 1 | 2 | 95,3 | 64 | 156 | 8,3 | 7 | 9 |
| KH BBR Eisenstadt | 9 | 3,0 | 1 | 4 | 79,9 | 60 | 98 | 9,8 | 7 | 20 |
| totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite) | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 8 | 2,0 | 1 | 3 | 103,8 | 45 | 248 | 9,3 | 5 | 13 |
| KH Kittsee | 1 | 1,0 | 1 | 1 | 57,0 | 57 | 57 | 7,0 | 7 | 7 |
| KH Oberpullendorf | 3 | 1,5 | 1 | 2 | 121,3 | 95 | 139 | 5,7 | 4 | 7 |
| KH Oberwart | 3 | 1,5 | 1 | 2 | 40,0 | 34 | 45 | 7,3 | 7 | 8 |
| KH BBR Eisenstadt | 2 | 1,0 | 1 | 1 | 68,0 | 61 | 75 | 13,0 | 7 | 19 |

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 3

| ANHANG 3: Appendektomie (OP am Blinddarm) | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|----------|-------------------|-------------------|-------------------------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------|----------|-------------------|---------------------|
| Anzahl OP | durchschnittliche | OP-Anzahl je Arzt | | | durchschnittliche | Schnitt-, Nahtzeit in Minuten | | | durchschnittliche | Verweildauer in Tagen | | | Mittelwert Intensiv |
| | | minimale | maximale | durchschnittliche | | minimale | maximale | durchschnittliche | | minimale | maximale | durchschnittliche | |
| Appendektomie laparoskopisch | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 1 | 1,0 | 1 | 1 | 311,0 | 311 | 311 | 12,0 | 12 | 12 | 12 | 4,0 | |
| KH Kittsee | 24 | 4,8 | 1 | 16 | 42,4 | 18 | 86 | 3,0 | 1 | 11 | | | |
| KH Oberpullendorf | 1 | 1,0 | 1 | 1 | 100,0 | 100 | 100 | 4,0 | 4 | 4 | | | |
| KH Oberwart | 18 | 3,0 | 1 | 7 | 37,7 | 20 | 78 | 5,3 | 2 | 12 | 12 | 1,0 | |
| KH BBR Eisenstadt | 2 | 1,0 | 1 | 1 | 54,5 | 31 | 78 | 3,5 | 3 | 4 | | | |
| Appendektomie offen | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 46 | 5,8 | 3 | 10 | 81,7 | 25 | 313 | 6,2 | 2 | 18 | 18 | 3,3 | |
| KH Kittsee | 63 | 10,5 | 3 | 20 | 47,2 | 15 | 180 | 4,9 | 1 | 44 | | | |
| KH Oberpullendorf | 39 | 4,9 | 1 | 11 | 84,3 | 30 | 305 | 8,1 | 2 | 35 | | | |
| KH Oberwart | 116 | 11,6 | 1 | 30 | 43,3 | 11 | 163 | 5,5 | 1 | 35 | | | |
| KH BBR Eisenstadt | 195 | 12,2 | 1 | 34 | 45,9 | 13 | 211 | 5,6 | 1 | 40 | | 9,5 | |

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 4: Hemikolon (OP am Mastdarm)

| Anzahl OP | durchschnittliche | | OP-Anzahl je Arzt | | durchschnittliche | | Schnitt-, Nahtzeit in Minuten | | durchschnittliche | | Verweildauer in Tagen | | Mittelwert Intensiv |
|--|-------------------|----------|-------------------|----------|-------------------|----------|-------------------------------|----------|-------------------|----------|-----------------------|----------|---------------------|
| | minimale | maximale | minimale | maximale | minimale | maximale | minimale | maximale | minimale | maximale | minimale | maximale | |
| Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose laparoskopisch (Leistungseinheit je Seite) | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 4 | 2,0 | 2 | 2 | 234,8 | 193 | 314 | 10,3 | 9 | 11 | 2,8 | | |
| KH Kittsee | 2 | 2,0 | 2 | 2 | 144,0 | 143 | 145 | 6,5 | 6 | 7 | | | |
| KH Oberpullendorf | 1 | 1,0 | 1 | 1 | 230,0 | 230 | 230 | 11,0 | 11 | 11 | | | |
| KH Oberwart | - | | | | | | | | | | | | |
| KH BBR Eisenstadt | 4 | 2,0 | 1 | 3 | 139,7 | 128 | 170 | 9,0 | 5 | 14 | | | |
| Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose offen | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 4 | 1,3 | 1 | 2 | 241,8 | 130 | 323 | 14,8 | 9 | 26 | 8,8 | | |
| KH Kittsee | 8 | 4,0 | 2 | 6 | 105,5 | 65 | 184 | 16,9 | 9 | 32 | | | |
| KH Oberpullendorf | 5 | 1,7 | 1 | 3 | 167,0 | 122 | 230 | 10,8 | 8 | 13 | | | |
| KH Oberwart | 10 | 2,0 | 1 | 3 | 137,4 | 56 | 185 | 17,9 | 10 | 52 | 4,0 | | |
| KH BBR Eisenstadt | 14 | 2,8 | 1 | 6 | 136,4 | 73 | 211 | 16,4 | 8 | 33 | 2,0 | | |
| Resektion des linken Hemikolon ohne primäre Anastomose | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 2 | 1,0 | 1 | 1 | 253,5 | 217 | 290 | 16,5 | 16 | 17 | 3,0 | | |
| KH Kittsee | 1 | 1,0 | 1 | 1 | 87,0 | 87 | 87 | 24,0 | 24 | 24 | | | |
| KH Oberpullendorf | 2 | 1,0 | 1 | 1 | 207,5 | 165 | 250 | 31,5 | 12 | 51 | | | |
| KH Oberwart | 10 | 2,5 | 1 | 4 | 144,8 | 109 | 191 | 26,3 | 11 | 70 | 3,0 | | |
| KH BBR Eisenstadt | 11 | 1,8 | 1 | 4 | 107,0 | 49 | 224 | 21,3 | 10 | 48 | 9,3 | | |
| Resektion des rechten Hemikolon offen | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 6 | 2,0 | 2 | 2 | 173,0 | 111 | 241 | 19,8 | 10 | 34 | 5,7 | | |
| KH Kittsee | 7 | 3,5 | 1 | 6 | 69,7 | 42 | 88 | 12,3 | 8 | 17 | | | |
| KH Oberpullendorf | 15 | 3,0 | 1 | 6 | 121,7 | 30 | 205 | 15,9 | 8 | 36 | | | |
| KH Oberwart | 18 | 3,6 | 1 | 10 | 143,4 | 76 | 210 | 18,4 | 7 | 34 | 8,0 | | |
| KH BBR Eisenstadt | 16 | 2,7 | 1 | 5 | 105,6 | 26 | 200 | 14,9 | 2 | 43 | 3,7 | | |

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 5

| ANHANG 5: Cholezystektomie (OP der Gallenblase) | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|----------|-------------------|-------------------|-------------------------------|----------|-------------------|-------------------|-----------------------|----------|-------------------|---------------------|
| Anzahl OP | durchschnittliche | OP-Anzahl je Arzt | | | durchschnittliche | Schnitt-, Nahtzeit in Minuten | | | durchschnittliche | Verweildauer in Tagen | | | Mittelwert Intensiv |
| | | minimale | maximale | durchschnittliche | | minimale | maximale | durchschnittliche | | minimale | maximale | durchschnittliche | |
| Cholezystektomie laparoskopisch¹ | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 60 | | | 75,0 | 34 | 149 | 4,3 | 2 | 8 | 2,0 | | | |
| KH Kittsee | 69 | | | 51,9 | 23 | 103 | 3,4 | 1 | 10 | | | | |
| KH Oberpullendorf | 76 | | | 85,7 | 54 | 185 | 5,2 | 3 | 13 | | | | |
| KH Oberwart | 150 | 13,6 | 2 | 58,6 | 10 | 127 | 4,6 | 2 | 70 | | | | |
| KH BBR Eisenstadt | 205 | 18,6 | 1 | 50,0 | 18 | 160 | 5,9 | 1 | 31 | 3,0 | | | |
| Cholezystektomie offen | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 21 | 3,0 | 1 | 98,6 | 38 | 266 | 12,6 | 4 | 41 | 4,3 | | | |
| KH Kittsee | 15 | 3,8 | 2 | 70,9 | 31 | 150 | 7,0 | 2 | 13 | | | | |
| KH Oberpullendorf | 12 | 2,0 | 1 | 133,5 | 95 | 215 | 11,3 | 5 | 27 | | | | |
| KH Oberwart | 22 | 2,8 | 1 | 71,5 | 23 | 145 | 10,7 | 4 | 34 | 2,0 | | | |
| KH BBR Eisenstadt | 45 | 4,5 | 1 | 94,4 | 42 | 257 | 13,5 | 4 | 57 | 9,8 | | | |
| endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)¹ | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | - | | | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | - | | | | | | | | | | | | |
| KH BBR Eisenstadt | - | | | | | | | | | | | | |
| Extraktion eines Konkretums aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP¹ | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | - | | | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | - | | | | | | | | | | | | |
| KH BBR Eisenstadt | - | | | | | | | | | | | | |
| Gallengangsrevision offen | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | - | | | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | 3 | 1,5 | 1 | 104,0 | 91 | 113 | 18,7 | 16 | 23 | | | | |
| KH BBR Eisenstadt | 5 | 2,5 | 1 | 86,6 | 63 | 111 | 35,0 | 17 | 49 | | | | |

¹ ERCPs wurden nur in Ausnahmefällen im OP-Saal vorgenommen, weshalb keine Dokumentation als Operation erfolgte. Im KH Güssing wurden 2012 insgesamt 37, im KH Kittsee 64, im KH Oberpullendorf 38, im KH Oberwart 109 und im KH BBR Eisenstadt 159 derartige Eingriffe durchgeführt.

² In den KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf erfolgte die OP-Dokumentation nicht elektronisch, weshalb vom RH keine vollständige Auswertung dieser Eingriffe durchgeführt wurde. Auf die Angabe der Kennzahl „Operationen je Arzt“ wurde mangels Aussagekraft verzichtet.

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; DIAG

ANHANG 6: Thyreoidektomie (OP an der Schilddrüse)

| | Anzahl OP | durchschnittliche | | OP-Anzahl je Arzt | | durchschnittliche | | minimale maximale | | durchschnittliche | Verweildauer in Tagen | | Mittelwert Intensiv |
|--|-----------|-------------------|----|-------------------|----------|-------------------|----------|-------------------|----------|-------------------|-----------------------|--|---------------------|
| | | OP | OP | minimale | maximale | Schnitt- | maximale | minimale | maximale | | | | |
| partielle Thyreoidektomie | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 11 | 5,5 | 2 | 9 | 102,4 | 65 | 206 | 4,1 | 3 | 5 | | | |
| KH Kittsee ¹ | 81 | | | | 54,2 | 25 | 102 | 2,6 | 1 | 4 | | | |
| KH Oberpullendorf | 17 | 8,5 | 4 | 13 | 84,4 | 42 | 145 | 4,4 | 4 | 8 | | | |
| KH Oberwart | 21 | 10,5 | 7 | 14 | 82,6 | 39 | 189 | 4,2 | 2 | 10 | | | |
| KH BBR Eisenstadt | 48 | 16,0 | 9 | 27 | 64,0 | 39 | 90 | 3,8 | 3 | 6 | | | |
| totale Thyreoidektomie | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 2 | 2,0 | 2 | 2 | 75,5 | 75 | 76 | 3,5 | 3 | 4 | | | |
| KH Kittsee | 21 | 4,2 | 1 | 15 | 70,4 | 42 | 126 | 3,1 | 2 | 6 | | | |
| KH Oberpullendorf | 1 | 1,0 | 1 | 1 | 122,0 | 122 | 122 | 4,0 | 4 | 4 | | | |
| KH Oberwart | 27 | 13,5 | 5 | 22 | 87,3 | 45 | 136 | 4,5 | 3 | 21 | | | |
| KH BBR Eisenstadt | 52 | 17,3 | 10 | 29 | 93,7 | 53 | 202 | 5,2 | 3 | 68 | | | |
| totale Thyreoidektomie mit Lymphadenektomie | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | 1 | 1,0 | 1 | 1 | 220,0 | 220 | 220 | 6,0 | 6 | 6 | | | |
| KH Kittsee | 3 | 3,0 | 3 | 3 | 73,3 | 66 | 82 | 17,0 | 2 | 46 | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | - | | | | | | | | | | | | |
| KH BBR Eisenstadt | 3 | 1,5 | 1 | 2 | 190,0 | 129 | 239 | 8,0 | 4 | 16 | | | |

¹ In den KH Güssing, Kittsee und Oberpullendorf erfolgte die OP-Dokumentation nicht elektronisch, weshalb vom RH im KH Kittsee keine vollständige Auswertung dieser Eingriffe durchgeführt wurde. Auf die Angabe der Kennzahl „Operationen je Arzt“ wurde mangels Aussagekraft verzichtet.

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 7

| ANHANG 7: Pankreatektomie (OP an der Bauchspeicheldrüse) | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-------------------|----------|-------------------|-------------------|----------|-------------------|-------------------------------|----------|-------------------|-----------------------|----------|-------------------|---------------------|
| | Anzahl OP | durchschnittliche | | | OP-Anzahl je Arzt | | | Schnitt-, Nahtzeit in Minuten | | | Verweildauer in Tagen | | | Mittelwert Intensiv |
| | | minimale | maximale | durchschnittliche | minimale | maximale | durchschnittliche | minimale | maximale | durchschnittliche | minimale | maximale | durchschnittliche | |
| Pankreasteilresektion links offen | | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | - | | | | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | 3 | 3,0 | 3 | 148,0 | 103 | 205 | 10,3 | 9 | 13 | | | | | |
| KH Oberpullendorf | 1 | 1,0 | 1 | 77,0 | 77 | 77 | 13,0 | 13 | 13 | | | | | |
| KH Oberwart | - | | | | | | | | | | | | | |
| KH BBR Eisenstadt | 1 | 1,0 | 1 | 140,0 | 140 | 140 | 11,0 | 11 | 11 | | | | | 1,0 |
| partielle Duodenopankreatektomie | | | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | - | | | | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | 4 | 4,0 | 4 | 212,0 | 132 | 274 | 17,3 | 10 | 20 | | | | | 2,0 |
| KH BBR Eisenstadt | 1 | 1,0 | 1 | 252,0 | 252 | 252 | 15,0 | 15 | 15 | | | | | 1,0 |

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 8: Sectio caesarea (Kaiserschnitt)

| | Anzahl OP | durchschnittliche | | OP-Anzahl je Arzt | | durchschnittliche | | minimale maximale | | durchschnittliche | | minimale maximale | | Mittelwert Intensiv |
|--------------------------------|-----------|-------------------|---|-------------------|------|-------------------------------|-----------------------|-------------------|-----|-------------------|-----|-------------------|--|---------------------|
| | | | | | | Schnitt-, Nahtzeit in Minuten | Verweildauer in Tagen | | | | | | | |
| KH Güssing | - | | | | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf ¹ | 150 | | | | | 54,1 | 38 | 82 | 5,7 | 1 | 10 | | | |
| KH Oberwart | 132 | 8,8 | 1 | 19 | 48,4 | 25 | 126 | 6,2 | 3 | 33 | | | | |
| KH BBR Eisenstadt | 280 | 31,1 | 1 | 59 | 39,8 | 18 | 222 | 7,0 | 2 | 62 | 3,3 | | | |

¹ Im KH Oberpullendorf erfolgte die OP-Dokumentation nicht elektronisch, weshalb vom RH keine vollständige Auswertung dieser Eingriffe durchgeführt wurde. Auf die Angabe der Kennzahl „Operationen je Arzt“ wurde mangels Aussagekraft verzichtet.

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Mai 2012 bis April 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 9

| ANHANG 9: Arthroskopie | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-------------------|-------------------|----------|-------------------|-------------------------------|----------|-------------------|-----------------------|----------|---------------------|
| | Anzahl OP | durchschnittliche | OP-Anzahl je Arzt | | | Schnitt-, Nahtzeit in Minuten | | | Verweildauer in Tagen | | |
| | | | minimale | maximale | durchschnittliche | minimale | maximale | durchschnittliche | minimale | maximale | Mittelwert Intensiv |
| arthroskopische Operation des Kniegelenks | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing ¹ | 275 | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf ¹ | 38 | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | 104 | 6,9 | 1 | 39 | 32,6 | 4 | 104 | 2,4 | 1 | 14 | |
| KH BBR Eisenstadt | 520 | 24,8 | 1 | 79 | 32,3 | 7 | 165 | 2,2 | - | 32 | |
| arthroskopische Operation des Schultergelenks | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | - | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | 3 | 1,0 | 1 | 1 | 24,3 | 23 | 25 | 7,0 | 5 | 8 | |
| KH BBR Eisenstadt | 65 | 7,2 | 1 | 23 | 75,4 | 15 | 195 | 2,2 | 1 | 10 | |
| diagnostische Arthroskopie des Kniegelenks | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | - | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | - | | | | | | | | | | |
| KH BBR Eisenstadt | - | | | | | | | | | | |

¹ In den KH Güssing und Oberpullendorf erfolgte die OP-Dokumentation nicht elektronisch, weshalb vom RH keine Auswertung dieser Eingriffe durchgeführt wurde. Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Dezember 2012 bis Mai 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 10: Totalendoprothetik der Hüfte

| | Anzahl OP | durchschnittliche | OP-Anzahl je Arzt | | durchschnittliche | minimale | maximale | durchschnittliche | minimale | maximale | Mittelwert Intensiv | |
|---|-----------|-------------------|-------------------|----------|-------------------|----------|----------|-------------------|----------|----------|---------------------|-------------------------------|
| | | | minimale | maximale | | | | | | | | Schnitt-, Nahtzeit in Minuten |
| Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks¹ | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | - | | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | 1 | 1,0 | 1 | 1 | 79,0 | 79 | 79 | 38,0 | 38 | 38 | | |
| KH BBR Eisenstadt | 12 | 2,4 | 1 | 4 | 101,4 | 55 | 218 | 55,4 | 9 | 128 | 5,8 | |
| Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing ² | 152 | | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | 37 | 3,7 | 1 | 11 | 65,2 | 37 | 137 | 11,5 | 3 | 37 | 1,0 | |
| KH BBR Eisenstadt | 182 | 13,0 | 2 | 58 | 69,3 | 40 | 166 | 10,7 | 4 | 123 | 1,3 | |
| Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks | | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | - | | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | 3 | 1,0 | 1 | 1 | 117,4 | 61 | 155 | 18,0 | 14 | 24 | | |
| KH BBR Eisenstadt | 15 | 3,8 | 1 | 8 | 107,1 | 65 | 163 | 27,1 | 7 | 128 | | |

¹ teilweise in Kombination mit der Leistung „Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks“ (MEL NE140)

² Im KH Güssing erfolgte die OP-Dokumentation nicht elektronisch, weshalb vom RH keine Auswertung dieser Eingriffe durchgeführt wurde.

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Dezember 2012 bis Mai 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 11

| ANHANG 11: Totalendoprothetik des Kniegelenks | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-----|
| Anzahl OP | durchschnittliche OP-Anzahl je Arzt | minimale maximale | durchschnittliche | minimale maximale | durchschnittliche | minimale maximale | durchschnittliche | minimale maximale | Verweildauer in Tagen | Mittelwert Intensiv | |
| | | | | | | | | | | | |
| Explantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks¹ | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing ² | 15 | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | - | | | | | | | | | | |
| KH BBR Eisenstadt | 9 | 1,8 | 1 | 3 | 104,3 | 69 | 153 | 46,7 | 7 | 158 | 4,8 |
| Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing ² | 171 | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | 52 | 5,8 | 1 | 20 | 74,2 | 51 | 120 | 9,9 | 7 | 13 | 1,0 |
| KH BBR Eisenstadt | 274 | 16,1 | 2 | 62 | 65,3 | 28 | 158 | 8,8 | 5 | 158 | 5,0 |
| Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks | | | | | | | | | | | |
| KH Güssing | - | | | | | | | | | | |
| KH Kittsee | - | | | | | | | | | | |
| KH Oberpullendorf | - | | | | | | | | | | |
| KH Oberwart | 5 | 1,7 | 1 | 3 | 97,2 | 84 | 115 | 10,2 | 8 | 11 | |
| KH BBR Eisenstadt | 4 | 1,3 | 1 | 2 | 116,7 | 49 | 158 | 11,5 | 7 | 17 | |

¹ teilweise in Kombination mit der Leistung „Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks (MEL NF250)“

² Im KH Güssing erfolgte die OP-Dokumentation nicht elektronisch, weshalb vom RH keine Auswertung dieser Eingriffe durchgeführt wurde.

Auswertungszeitraum: Jahr 2012; KH Oberwart Dezember 2012 bis Mai 2013

Quellen: jeweiliges Krankenhaus



ANHANG 12
Entscheidungsträger

ANHANG 12

Entscheidungsträger
des überprüften Unternehmens

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in Blaudruck

R
H



ANHANG 12
Entscheidungsträger

Burgenländische Krankenanstalten–Gesellschaft m.b.H.

Aufsichtsrat

| | |
|------------------------------------|---|
| Vorsitzender | LR Dr. Peter REZAR (seit 28. Juni 1999) |
| Stellvertreter des Vorsitzenden | Mag. Josef KALTENBACHER (24. September 2008 bis 13. März 2012) |
| | Mag. Corina KERN (14. März 2012 bis 12. März 2013) |
| | Mag. Hans Peter RUCKER (seit 13. März 2013) |

Geschäftsführung

| | |
|--|--|
| | Mag. Hannes FRECH (1. März 2004 bis 28. Februar 2014) |
| | Ing. Mag. Karl HELM, MAS (seit 1. März 2014) |

**R
H**



Bericht des Rechnungshofes

Justizbetreuungsagentur

**R
H**



Inhalt

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____ | 360 |
| Abkürzungsverzeichnis _____ | 361 |

BMJ

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Justiz

Justizbetreuungsagentur

| | |
|--|-----|
| KURZFASSUNG _____ | 364 |
| Prüfungsablauf und -gegenstand _____ | 373 |
| Personalbereitstellungsbereiche _____ | 373 |
| Gründung der Justizbetreuungsagentur – Ziele des BMJ _____ | 374 |
| Vorgaben und Rahmenbedingungen _____ | 377 |
| Verwaltung _____ | 380 |
| Aufgabenerfüllung und Kommunikation mit Bedarfsträgern _____ | 388 |
| Entgeltverrechnung _____ | 406 |
| Finanzierung _____ | 410 |
| Rechnungswesen und Internes Kontrollsystem _____ | 415 |
| Erzielte Effekte _____ | 420 |
| Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen _____ | 428 |

Tabellen Abbildungen



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

| | | |
|--------------|---|-----|
| Tabelle 1: | Aufgaben der Justizbetreuungsagentur _____ | 378 |
| Tabelle 2: | Verwaltungskosten und –anteil am Gesamtaufwand gemäß Jahresabschluss _____ | 381 |
| Tabelle 3: | Überblick über die Anzahl des Verwaltungspersonals (Stichtag jeweils 31.12. bzw. 30. Juli 2013) _____ | 382 |
| Abbildung 1: | Entwicklung des Basisentgelts von 2009 bis 2013 in Mio. EUR _____ | 407 |
| Tabelle 4: | Eigenmittelquote _____ | 413 |
| Tabelle 5: | Anteil an den Gesamtkosten, Verwaltungskostenanteil und Kosten pro VBÄ nach Personalbereitstellungsbereichen (2012) _____ | 418 |
| Tabelle 6: | Anzahl des Betreuungspersonals in den Justizanstalten (Vergleich vor Einrichtung Justizbetreuungsagentur und zum 31. Dezember 2012) _____ | 421 |
| Tabelle 7: | Vergleich der Bruttogehälter von Angestellten nach BAGS-Kollektivvertrag und Vertragsbediensteten des Bundes _____ | 423 |
| Tabelle 8: | Entwicklung der Dolmetschergebühren gemäß GebAG bei den Justizbehörden (Gerichte und Staatsanwaltschaften) _____ | 425 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|------------|--|
| ABGB | Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch |
| Abs. | Absatz |
| ASG | Arbeits- und Sozialgericht |
| ASGG | Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz |
| BBG | Bundesbeschaffung GmbH |
| BGBI. | Bundesgesetzblatt |
| BHV | Bundeshaushaltsverordnung |
| BKA | Bundeskanzleramt |
| BMF | Bundesministerium für Finanzen |
| BMGFJ | Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend |
| BMJ | Bundesministerium für Justiz |
| bspw. | beispielsweise |
| BVA | Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter |
| bzw. | beziehungsweise |
| d.h. | das heißt |
| EUR | Euro |
| GebAG | Gebührenanspruchsgesetz |
| GÖD | Gewerkschaft öffentlicher Dienst |
| i.d.(g.)F. | in der (geltenden) Fassung |
| IKS | Internes Kontrollsystem |
| inkl. | inklusive |
| JBA-G | Justizbetreuungsagentur-Gesetz |
| KindNamRÄG | Kindschafts- und Namensrechts-Änderungsgesetz |
| LGSt | Landesgericht für Strafsachen |
| lt. | laut |
| Mio. | Million(en) |
| Nr. | Nummer |
| rd. | rund |
| RH | Rechnungshof |

Abkürzungen



| | |
|-------|--|
| StA | Staatsanwaltschaft |
| StPO | Strafprozessordnung |
| TZ | Textzahl(en) |
| u.a. | unter anderem |
| URG | Unternehmensreorganisationsgesetz |
| USt | Umsatzsteuer |
| VBÄ | Vollbeschäftigungsäquivalente |
| WKStA | Zentrale Staatsanwaltschaft zur Verfolgung von Wirtschaftsstrafsachen und Korruption |
| z.B. | zum Beispiel |

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Justiz

Justizbetreuungsagentur

Mit der Errichtung der Justizbetreuungsagentur verfolgte das BMJ die Strategie, dem Strafvollzug trotz fehlender Planstellen zusätzliches Betreuungspersonal zur Verfügung stellen zu können. Innerhalb von knapp fünf Jahren stellte die Justizbetreuungsagentur weiteres Personal – außerhalb des Personalplans des Bundes – für Aufgaben des BMJ wie Kinderbeistände, Experten, Amtsdolmetscher und die Familiengerichtshilfe bereit. Der Entfall der verpflichtenden Planstellenbindung für überlassene Arbeitskräfte und die intensive Nutzung dieser Bestimmung durch das BMJ – im Jahr 2014 sollen ca. 550 bis 600 Personen über die Justizbetreuungsagentur für das BMJ tätig sein – führte zu geringerer Transparenz hinsichtlich des Personalaufwands. Mit dieser Vorgehensweise verliert auch der Personalplan des Bundes seine Steuerungsfunktion. Darüber hinaus sind die Ausgaben für das von der Justizbetreuungsagentur beschäftigte Personal im Rechnungsabschluss des Bundes als Sachaufwand ausgewiesen. Dies stand im Konflikt mit dem Grundsatz der Budgetwahrheit.

Mit der Justizbetreuungsagentur wurden zusätzliche Strukturen für Führung und Verwaltung des zugekauften Personals aufgebaut und Mehraufwendungen verursacht. Die vom BMJ angestrebte Flexibilisierung des Personaleinsatzes im Strafvollzug gelang nicht. Weitere Probleme, wie bspw. der Abschluss eines eigenen Kollektivvertrags, die Sicherstellung der Liquidität und die geringe Eigenmittelquote, entstanden erst durch die Konstruktion Justizbetreuungsagentur.

KURZFASSUNG**Prüfungsziel**

Ziel der Überprüfung war, die strategischen Ziele des BMJ im Hinblick auf die Justizbetreuungsagentur, die Aufgabenerfüllung und die Effizienz des Mitteleinsatzes durch die Justizbetreuungsagentur, die Transparenz des Rechnungs- und Berichtswesens sowie die Wirtschaftlichkeit der Verwaltung zu beurteilen. (TZ 1)

Strategie

Das BMJ verfolgte mit der Errichtung der Justizbetreuungsagentur keine „klassischen“ Ausgliederungsmotive – wie organisatorische, wirtschaftliche, steuerliche oder vergaberechtliche Motive. So wurde auch keine Aufgabe des BMJ oder Bundespersonal ausgegliedert. Die Justizbetreuungsagentur diente lediglich zur Personalbereitstellung im Strafvollzug und in weiteren justizeigenen Bereichen aufgrund mangelnder Planstellen. (TZ 3)

Vorgaben und Rahmenbedingungen

Im Justizbetreuungsagentur-Gesetz (JBA-G) waren die Aufgaben und eine generelle Ermächtigung der Justizbetreuungsagentur zur Personalbereitstellung für das BMJ in bestimmten Bereichen ohne konkrete Festlegung des Ausmaßes festgelegt. Die Grundsätze der Leistungserbringung und der Verrechnung waren in einzelnen Rahmenvereinbarungen mit dem BMJ näher bestimmt. Die Justizbetreuungsagentur stellte allerdings in einzelnen Bereichen bereits vor Festlegung als Aufgabe im JBA-G bzw. vor Abschluss entsprechender Rahmenvereinbarungen mit dem BMJ Personal bereit. (TZ 4)

Die Besetzung des Aufsichtsrats der Justizbetreuungsagentur könnte zu Interessenskonflikten führen. Mit dem Leiter der Vollzugsdirektion war zugleich ein wesentlicher Vertreter des Hauptkunden Justizanstalten im Aufsichtsrat. (TZ 5)

Verwaltung der Justizbetreuungsagentur

Nach den Angaben in den jährlichen Rechnungsabschlüssen der Justizbetreuungsagentur stiegen die Verwaltungskosten von rd. 0,57 Mio. EUR im Jahr 2009 auf rd. 1,59 Mio. EUR im Jahr 2012. In der Kostenrechnung setzte sie allerdings aufgrund abweichender

Definition andere Beträge als Verwaltungskosten an, was zu Intransparenz bei den Kenndaten führte. (TZ 6)

Die Justizbetreuungsagentur stellte laufend für weitere Aufgaben des BMJ Personal bereit, der Anteil des Verwaltungspersonals war demnach gestiegen. Es gab jedoch kein entsprechendes Personaleinsatzkonzept bzw. fand keine entsprechende Organisationsentwicklung statt. Dies führte zu oftmaligem Wechsel der Mitarbeiter in den einzelnen Bereichen, teilweise nicht qualifikationsentsprechendem Einsatz, mangelnder Kontinuität bei der operativen Abwicklung der Aufgabenbereiche und formellen Mängeln. (TZ 7)

Rund fünf Jahre nach Gründung der Justizbetreuungsagentur lag kein mit dem Aufsichtsrat akkordierter Betreuungsschlüssel für die Bestimmung der notwendigen Personalressourcen in den einzelnen Bereichen vor. (TZ 7)

Die Justizbetreuungsagentur war in einem – vom BMJ gemieteten – Gebäude im 1. Wiener Gemeindebezirk untergebracht. Für die Büroräume im Ausmaß von knapp 900 m² verrechnete das BMJ der Justizbetreuungsagentur einen monatlichen Mietzins von rd. 15.600 EUR. In den Räumlichkeiten bestand ein ungünstiges Verhältnis zwischen Nutz- und Verkehrsflächen. Die Justizbetreuungsagentur hatte keine Prüfung einer alternativen Unterbringung vorgenommen. (TZ 8)

Mit der Justizbetreuungsagentur wurde eine Parallelstruktur für die Personalverwaltung aufgebaut. Aufgrund der Notwendigkeit einer eigenen Personalsoftware zur Administration der Mitarbeiter – weil justizeigene Systeme nicht genutzt wurden – werden bei der Justizbetreuungsagentur bis 2017 Kosten von rd. 600.000 EUR entstehen. (TZ 9)

Die kurzfristige Auftragserteilung durch das BMJ mit der Personalarbeit im Bereich der Familiengerichtshilfe bedingte eine – zu diesem Zeitpunkt nicht geplante – Beschaffung einer neuen Personalsoftware. Eine Ausschreibung durch die Bundesbeschaffung GmbH (BBG) war dadurch nicht möglich. Die Justizbetreuungsagentur beauftragte für die Vergabe einen externen Berater (Rechtsanwalt), obwohl im BMJ grundsätzlich ausreichend Fachkompetenz vorhanden wäre. Für den Rechtsanwalt fielen Kosten im Ausmaß von rd. 35.000 EUR bzw. 13 % der Beschaffungskosten an. (TZ 9)

Kurzfassung

Die Grundlagen für die Höhe des Geschäftsführergehalts bzw. dessen Anstieg von 67.200 EUR im Jahr 2009 auf rd. 86.400 EUR (inklusive Prämien und Sachbezug) im Jahr 2012 waren vom Aufsichtsrat nicht dokumentiert. Die Zielvereinbarungen mit dem Geschäftsführer enthielten Kriterien – wie z.B. die Einhaltung des Jahresbudgets –, die nicht unmittelbar in dessen Einflussbereich lagen. (TZ 10)

Aufgabenerfüllung und Kommunikation

Die Geschäftsführung der Justizbetreuungsagentur konnte den im Gesetz geforderten Abschluss eines eigenen Kollektivvertrags bis zum Abschluss der Einschau des RH vor Ort nicht erreichen. Im Mai 2013 lag ein unterschrittsreifer Entwurf vor. Die Justizbetreuungsagentur berechnete, dass der neue Kollektivvertrag beim aktuellen Personalstand¹ jährliche Mehrkosten im Ausmaß von rd. 4,8 % bzw. rd. 485.000 EUR verursachen würde. Im November 2013 wurde der Kollektivvertrag abgeschlossen und trat mit 1. Jänner 2014 in Kraft. (TZ 11)

Die ursprünglich vorgesehene Aufgabenübertragung des BMJ an die Justizbetreuungsagentur, nämlich die Personalbereitstellung für den Strafvollzug, hatte sich auf nahezu den gesamten Justizbereich (Zivil-, Straf-, Familien- und Sozialrechtsangelegenheiten bei Gerichten und Staatsanwaltschaften) ausgeweitet. Die grundsätzliche Festlegung der von der Justizbetreuungsagentur an das BMJ zu erbringenden Leistungen erfolgte in für die einzelnen Leistungsbereiche jeweils gesondert abgeschlossenen Rahmenvereinbarungen. Im Strafvollzug sowie bei den Experten und Amtsdolmetschern verpflichteten diese die Justizbetreuungsagentur dazu, den Mitarbeitern die jeweiligen vom BMJ vorgegebenen Leistungsstandards zur Kenntnis zu bringen und für deren Einhaltung zu sorgen. Das BMJ hatte solche Leistungsstandards allerdings nicht schriftlich festgelegt. (TZ 12)

Das BMJ nahm in die Rahmenvereinbarung mit der Justizbetreuungsagentur keine Angaben über die zu erwartenden, dem Strafvollzug bereitzustellenden Personalressourcen auf. Diese wurden erst in Einzelaufträgen konkret festgelegt. Der Justizbetreuungsagentur gelang es nur bedingt, zu einer Flexibilisierung des Systems des Personaleinsatzes im Strafvollzug beizutragen. (TZ 13)

¹ bezogen auf den Personalstand des 1. Halbjahres 2013

Es gelang der Justizbetreuungsagentur nicht, die beabsichtigte Vereinheitlichung von Einzelverträgen mit Betreuungspersonal in Justizanstalten (vor allem mit Ärzten) zu erreichen. Die Justizanstalten und auch das BMJ kauften nach wie vor Leistungen im Betreuungsbe- reich selbst zu. Weiters waren zwei bei der Justizbetreuungsagentur angestellte Personen gleichzeitig als Vertragsbedienstete beim BMJ beschäftigt. (TZ 14)

Die teilweise Ausgliederung der medizinischen Versorgung verur- sachte den Justizanstalten zusätzlichen Aufwand bei der Personal- verwaltung, insbesondere bei der Dienstplanerstellung, die durch die unterschiedliche rechtliche Stellung der Justizbetreuungsagen- tur-Mitarbeiter entstand. (TZ 15)

Die Justizbetreuungsagentur erfüllte den Auftrag des BMJ, bun- desweit mindestens 100 geeignete Kinderbeistände bereitzustellen. In einigen Regionen war die Dichte an verfügbaren Kinderbeistän- den allerdings gering. Dadurch war es der Justizbetreuungsagen- tur erschwert, konkreten Anforderungen der Gerichte dort unmit- telbar nachkommen zu können. (TZ 16)

Die Information an die Justizbetreuungsagentur über die Bestel- lung von Kinderbeiständen bzw. deren Beendigung erfolgte nicht standardisiert und teilweise erst nach aktiver Nachfrage. Die Kin- derbeistände dokumentierten ihre Tätigkeit anhand vorgegebener Dokumentationsblätter. Eine systematische Auswertung, etwa für Evaluationszwecke, erfolgte bisher nicht. (TZ 16)

Mit 30. Juni 2013 hatte die Justizbetreuungsagentur nur knapp mehr als die Hälfte der vom BMJ in insgesamt zehn Sprachen bzw. Sprachgruppen beauftragten Dolmetscherkapazitäten angestellt. Gründe dafür lagen teilweise im Fehlen geeigneter Bewerber, teil- weise konnte die Justizbetreuungsagentur aber auch die Auslastung zusätzlicher Kapazitäten mangels ausreichender Bestellungen sei- tens der Gerichte nicht sicherstellen. (TZ 18)

Die Justizbetreuungsagentur verwaltete die personellen Ressourcen der Amtsdolmetscher und war damit für deren bestmögliche Auslas- tung verantwortlich. Sie konnte allerdings nicht bestimmen, inwie- weit die Justizdienststellen tatsächlich die Leistungen der Amtsdol- metscher nutzen und nicht freiberufliche Dolmetscher heranziehen. Weiters verfügte die Justizbetreuungsagentur über keine Daten hin- sichtlich der wegen fehlender Ressourcen abgelehnten Aufträge für Dolmetscherleistungen. (TZ 19)

Kurzfassung

Das BMJ leitete den bundesweiten Vollausbau der Familiengerichtshilfe mit mehr als 200 Vollbeschäftigungsäquivalenten und mit zu erwartenden jährlichen Kosten von rd. 15 Mio. EUR noch vor der umfassenden Evaluierung des zuvor bestehenden Modellversuchs in die Wege und erteilte weitgehend auch bereits die Aufträge zur Personalbereitstellung an die Justizbetreuungsagentur. Es fehlten somit ausreichende Grundlagen für die gesetzlich vorgesehene Prüfung der wirtschaftlichen Vertretbarkeit. (TZ 20)

Die Dienst- und Fachaufsicht war in den einzelnen Bereichen der Justizbetreuungsagentur geregelt und oblag grundsätzlich justizeigenem Personal. In der Umsetzung wurden die Regelungen jedoch aus organisatorischen und praktischen Gründen teilweise anders gelebt. (TZ 21)

Entgeltverrechnung

Das vom BMJ zur Finanzierung des Verwaltungsaufwands der Justizbetreuungsagentur geleistete Basisentgelt stieg von rd. 0,5 Mio. EUR im Jahr 2009 auf rd. 3 Mio. EUR im Jahr 2013 und somit um 460 % an. Bei justizinterner Wahrnehmung der Aufgaben wären diese Ausgaben zu einem großen Teil nicht angefallen. (TZ 23)

Die Regelungen hinsichtlich der Finanzierung der Justizbetreuungsagentur durch Leistungsentgelte und Basisentgelt waren uneinheitlich. Dies machte bei der Justizbetreuungsagentur komplexere Darstellungen in der Budgetplanung und im Rechnungswesen erforderlich. (TZ 23)

Mit der Justizbetreuungsagentur wurden zusätzliche Strukturen für Führung und Verwaltung des zugekauften Personals aufgebaut. Dies verursachte erheblichen Aufwand für die Berechnung und Anpassung der Leistungsstundensätze bei der Justizbetreuungsagentur sowie bei der Abrechnung und Rechnungskontrolle bei den Justizanstalten. (TZ 24)

Finanzierung

Die Justizbetreuungsagentur legte dem BMJ jährlich ein vom Aufsichtsrat geprüftes Jahresbudget für das nächste Kalenderjahr zur Genehmigung vor. Im Genehmigungsprozess veranlasste das BMJ regelmäßig Kürzungen. Vermehrte Aufträge durch Justizdienststellen hatte die Justizbetreuungsagentur aufgrund ihrer gesetz-

lichen Verpflichtung (Betriebspflicht) allerdings zu erfüllen, wodurch die ursprünglichen Budgets überschritten werden mussten. Für das Jahr 2012 sah der Budgetplan der Justizbetreuungsagentur rd. 13,07 Mio. EUR vor, genehmigt wurden rd. 11,25 Mio. EUR. Tatsächlich betragen die Aufwendungen der Justizbetreuungsagentur 2012 rd. 12,36 Mio. EUR. Die Differenz musste das BMJ mittels überplanmäßiger Ausgaben bedecken. (TZ 25)

Die Justizbetreuungsagentur verfügte nur über geringe Eigenmittel. Um die daraus resultierenden Liquiditätsprobleme zu lösen, musste das BMJ für den Strafvollzug ein Darlehen in Höhe von rd. 1,33 Mio. EUR zur Verfügung stellen und für andere Personalbereitstellungsbereiche Akontozahlungen leisten. (TZ 26 und 27)

Rechnungswesen und Internes Kontrollsystem

Das Rechnungswesen der Justizbetreuungsagentur war anforderungsgerecht gestaltet. In Folge des Wechsels des mit der Buchhaltung beauftragten Steuerberatungsunternehmens sowie von Änderungen im Verrechnungssystem konnten allerdings vergleichbare Auswertungen aus dem Zeitraum vor 2012 nicht automationsunterstützt, sondern nur mit aufwendiger Bearbeitung vorgenommen werden. (TZ 28)

Eine mangelhafte Abstimmung mit dem Steuerberatungsunternehmen führte bei der Justizbetreuungsagentur zu einem Wechsel des Unternehmens und vermeidbaren Aufwendungen. Bei der Neuausschreibung der Steuerberatungsleistungen verwendete die Justizbetreuungsagentur ein Bewertungskriterium, welches auf das spezifische Verständnis der Geschäftsgebarung der Justizbetreuungsagentur abzielte. Dieses war geeignet, jenem Unternehmen, das bereits für die Justizbetreuungsagentur tätig war und den Zuschlag bekam, Vorteile zu verschaffen. (TZ 29)

Die Justizbetreuungsagentur erstellte ab 2011 Jahreskostenrechnungen, anhand derer sie Vollkosten nach Personalbereitstellungsbereichen ermittelte. Die Verwendung von Erlössummen als Schlüssel zur Aufteilung von Verwaltungsgemeinkosten bewirkte allerdings deren nicht verursachergerechte Zuordnung. (TZ 30)

Laut Kostenrechnung lag der Verwaltungskostenanteil der Justizbetreuungsagentur im Jahr 2012 bei insgesamt rd. 12,1 %, schwankte allerdings zwischen 9,6 % bei den Experten und 25,5 % beim Kinderbeistand. Überdurchschnittliche Verwaltungskostenanteile bei

Kurzfassung

Amtsdolmetschern und Kinderbeiständen waren auf über die Personalbereitstellung hinausgehende Aufgaben der Justizbetreuungsagentur zurückzuführen. (TZ 30)

Die Justizbetreuungsagentur verfügte über ein IKS-Konzept mit umfassenden Vorgaben und Maßnahmen in den risikorelevanten Bereichen. Die im IKS-Konzept vorgesehenen Kontrollen sowie eine Evaluierung des Konzepts nahm sie bisher allerdings nicht vor. (TZ 31)

Erzielte Effekte

Die mit dem Bundesfinanzgesetz 2007 erfolgte Aufhebung der Planstellenbindung für Arbeitskräfteüberlassungen zielte auf kurzfristige Personalbereitstellungen ab. Die Personalbereitstellung durch die Justizbetreuungsagentur war jedoch – vor allem im Strafvollzug und der Familiengerichtshilfe – auf Dauer angelegt. (TZ 32)

Im Jahr 2014 werden über die Justizbetreuungsagentur geplant bis zu 600 Personen Leistungen für die Justiz erbringen. Damit stellen diese Personalaufwand wie für interne Planstellen dar, der aber als Sachaufwand im Rechnungsabschluss des Bundes ausgewiesen wird. Dadurch verliert der Personalplan des Bundes seine Steuerungsfunktion. Der Ausweis der überlassenen Arbeitskräfte im Sachaufwand führt zu geringerer Transparenz hinsichtlich des Personalaufwands. (TZ 32)

Die Planstellenbesetzung im Betreuungsbereich BMJ-intern war seit Gründung der Justizbetreuungsagentur konstant, es fand also keine Einsparung von bundesinternen Planstellen im Betreuungsbereich statt. Das BMJ wandelte entgegen den Planungen auch keine Betreuungsplanstellen in Exekutivdienstplanstellen um bzw. war die Zahl der Exekutivdienstplanstellen rückläufig. Insgesamt gesehen stieg jedoch das Betreuungspersonal in Justizanstalten – BMJ-intern und Justizbetreuungsagentur – von 2008 bis 2012 um rd. 50 % auf 467,60 VBÄ an. (TZ 32)

Maßgeblicher Aspekt für die Gründung der Justizbetreuungsagentur war, mit dem von dieser bereitgestellten Personal eine zweite justizinterne Einrichtung für die Unterbringung geistig abnormer, zurechnungsunfähiger Rechtsbrecher schaffen zu können. Die damit erreichten Minderausgaben resultierten allerdings nicht aus der Einrichtung der Justizbetreuungsagentur. Ein gleicher Effekt wäre

auch durch die Einstellung zusätzlicher Bundesbediensteter erzielbar gewesen. (TZ 33)

Aus der unterschiedlichen Entlohnungsbasis der Angestellten der Justizbetreuungsagentur im Vergleich zu den im Strafvollzug eingesetzten Bundesbediensteten ergaben sich insgesamt keine Ersparnisse für das BMJ. Mehrkosten, die das BMJ der Justizbetreuungsagentur letztlich über die Leistungsentgelte zu vergüten hatte, entstanden hingegen aus den erforderlichen parallelen bzw. doppelten Strukturen im Bereich der Personalverwaltung. (TZ 34)

Die Gegenüberstellung der durch den Einsatz der Amtsdolmetscher realisierten Minderausgaben und deren Gesamtkosten ergab für 2012 ein etwa ausgeglichenes Ergebnis. Die Wirtschaftlichkeit der Einführung der Amtsdolmetscher war noch nicht endgültig beurteilbar. (TZ 35)

Der RH errechnete auf Basis der Daten des BMJ bezogen auf das erste Einsatzjahr der von der Justizbetreuungsagentur bereitgestellten Experten Nettoeinsparungen von zumindest rd. 300.000 EUR. Die Höhe der Einsparungen war in Anbetracht der Sachverständigenkosten in großen Wirtschaftsstrafsachen plausibel. Die Kostenvorteile standen allerdings in keinem Zusammenhang mit der Bereitstellung über die Justizbetreuungsagentur und wären auch durch deren direkte Beschäftigung im Bundesdienst erreichbar gewesen. (TZ 36)

| Kenndaten zur Justizbetreuungsagentur | | | | | | |
|--|---|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------------|
| Rechtsgrundlagen | Justizbetreuungsagentur-Gesetz, BGBl. I Nr. 101/2008, Kinderbeistand-Gesetz, BGBl. I Nr. 137/2009, strafrechtliches Kompetenzpaket, BGBl. I Nr. 108/2010, Budgetbegleitgesetz 2011, BGBl. I Nr. 111/2010, Kindschafts- und Namensrechts-Änderungsgesetz 2013, BGBl. I Nr. 15/2013 | | | | | |
| Unternehmensgegenstand | Personalbereitstellung für die Justiz | | | | | |
| Gebahrung der Justizbetreuungsagentur | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Veränderung 2009 bis 2013 |
| Bilanzdaten | in 1.000 EUR | | | | | in % |
| Bilanzsumme | 1.020,3 | 2.721,4 | 2.707,0 | 4.127,7 | 10.315,5 | + 911,03 |
| Eigenkapital | 185,9 | 547,8 | 248,7 | 225,8 | 1.111,5 | + 497,90 |
| Gewinn- und Verlustrechnung | | | | | | |
| Summe Erträge ¹ | 2.673,7 | 7.322,0 | 9.011,7 | 12.340,0 | 18.836,9 | + 604,53 |
| Summe Aufwendungen | 2.522,8 | 6.960,1 | 9.310,8 | 12.362,9 | 17.951,2 | + 611,56 |
| – davon Personalaufwand | 1.958,7 | 6.013,8 | 7.612,7 | 10.233,1 | 15.102,9 | + 671,07 |
| Jahresüberschuss/–fehlbetrag | 150,9 | 361,9 | – 299,1 | – 22,9 | 885,7 | + 486,94 |
| Personal der Justizbetreuungsagentur | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Veränderung 2009 bis 2013 |
| zum 31.12. | in VBÄ (ohne Karenzen) | | | | | in % |
| Angestellte | | | | | | |
| Verwaltung | 6,03 | 7,89 | 12,30 | 12,93 | 22,68 | + 276,12 |
| Strafvollzug | 64,84 | 121,87 | 134,45 | 154,71 | 155,02 | + 139,08 |
| Experten | 0 | 1,00 | 5,79 | 4,84 | 10,00 | – |
| AmtsdoImetscher | 0 | 0 | 5,37 | 11,87 | 11,76 | – |
| Familiengerichtshilfe | 0 | 0 | 1,00 | 12,39 | 133,90 | – |
| Summe Angestellte | 70,87 | 130,76 | 158,91 | 196,73 | 333,36 | + 370,38 |
| Werkverträge | | | | | | |
| Strafvollzug | 4,23 | 5,60 | 6,55 | 5,64 | 5,77 | + 36,41 |
| Kinderbeistand (Anzahl) ² | 0 | 59 | 106 | 127 | 133 | – |

¹ Die Justizbetreuungsagentur erbringt ausschließlich Leistungen an das BMJ, die Summe der Erträge entspricht daher mit geringen Ausnahmen (z.B. Zinseinnahmen, Kostenbeiträge für Ausbildungen) den Aufwendungen des BMJ für die Justizbetreuungsagentur.

² Kinderbeistände werden nicht auf Stundenbasis beschäftigt, sondern mit der Abwicklung einzelner Fälle betraut; eine Umrechnung in VBÄ ist daher nicht möglich.

Quelle: Justizbetreuungsagentur



Justizbetreuungsagentur

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 Der RH überprüfte im Mai und Juni 2013 die Justizbetreuungsagentur für den Prüfungszeitraum 2009 bis 2012. Der RH führte Erhebungen im BMJ und den Justizanstalten Josefstadt, Krems-Stein, Linz und der Außenstelle Asten durch.

Die Justizbetreuungsagentur wurde mit 1. Jänner 2009 als Anstalt öffentlichen Rechts eingerichtet. Aufgabe dieser war bei Gründung, für den Straf- und Maßnahmenvollzug Betreuungspersonal bereitzustellen. In weiterer Folge stellte sie auch für andere Aufgabenbereiche des BMJ Personal zur Verfügung.

Ziel der Gebarungüberprüfung war die Beurteilung

- der strategischen Ziele des BMJ im Hinblick auf die Justizbetreuungsagentur,
- der Aufgabenerfüllung durch die Justizbetreuungsagentur,
- der Zusammenarbeit der Justizbetreuungsagentur mit den Bedarfsträgern des BMJ im operativen Bereich,
- der Effizienz des Mitteleinsatzes durch die Justizbetreuungsagentur,
- der Transparenz des Rechnungs- und Berichtswesens und
- der Wirtschaftlichkeit der Verwaltung der Justizbetreuungsagentur.

Zu dem im November 2013 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das BMJ und die Justizbetreuungsagentur Ende Februar 2014 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung im April 2014.

Personalbereit- stellungsbereiche

2 Einleitend werden jene Bereiche des BMJ, für die die Justizbetreuungsagentur Personal zur Verfügung stellt, erläutert:

AmtsdoImtscher

Bei der Justizbetreuungsagentur angestellte zertifizierte Dolmetscher für Tätigkeiten bei Gerichten (derzeit nur Landesgericht für Strafsachen in Wien und Arbeits- und Sozialgericht Wien) und zum Teil für die Staatsanwaltschaft Wien.

Personalbereitstellungsbereiche

Kinderbeistand

In Pflegschaftsverfahren (z.B. Obsorge) können Richter Kinderbeistände bestellen. Das sind Personen mit einem psychosozialen Grundberuf, welche zusätzlich für diese Tätigkeit geschult wurden. Der Kinderbeistand soll das Kind über seine rechtliche Stellung und den Verfahrensstand aufklären, es begleiten, entlasten, unterstützen und Sprachrohr zu Gericht und Eltern sein.

Experte

Sind Personen, deren spezifische Fachkenntnis innerhalb der Justiz nicht verfügbar, aber für die Bearbeitung komplexer oder besonders umfangreicher Ermittlungsverfahren (bei Staatsanwaltschaften) oder gerichtlicher Verfahren zweckmäßig ist.

Familiengerichtshilfe(helfer)

Familiengerichtshelfer (Pädagogen, Psychologen, Sozialarbeiter) unterstützen die Familiengerichte in kundschaftsrechtlichen Verfahren und sollen einvernehmliche Lösungen fördern.

Die Familiengerichtshilfe kann als „Besuchsmittler“ in Verfahren zur Regelung oder zwangsweisen Durchsetzung des Rechts auf persönlichen Kontakt eingesetzt werden.

Gründung der Justizbetreuungs- agentur – Ziele des BMJ

- 3.1 (1) Das BMJ sah sich in den letzten Jahren mit massiv steigenden Kosten bei der medizinischen Versorgung im Straf- und vor allem Maßnahmenvollzug konfrontiert.² Im Mai 2007 gab die damalige Bundesministerin für Justiz nach Entfall der verpflichtenden Planstellenbindung für den Zukauf von Leistungen den Auftrag, ein Konzept für den Zukauf von Betreuungsleistungen für den Strafvollzug zu entwickeln. Ziel des BMJ war, die teure Unterbringung von Maßnahmenpatienten gemäß § 21 Abs. 1 Strafgesetzbuch in psychiatrischen Krankenhäusern durch Unterbringung in einer zweiten, noch zu errichtenden justizeigenen Einrichtung (Forensisches Zentrum Asten) mit zugekauftem Betreuungspersonal zu ersetzen.

² siehe dazu RH-Berichte „Maßnahmenvollzug für geistig abnorme Rechtsbrecher“ (Reihe Bund 2010/11) und „Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug“ (Reihe Bund 2012/3)



Gründung der Justizbetreuungsagentur –
Ziele des BMJ



Justizbetreuungsagentur

Ein dafür eingerichtetes BMJ-Projektteam und eine externe Begleitung³ präsentierten die Endergebnisse im Oktober 2007. Da im Personalplan des Bundes für das BMJ zu wenige Planstellen für Betreuungspersonal vorgesehen waren und das BMJ beantragte Planstellen nicht in ausreichendem Ausmaß bewilligt bekam, sollte über eine Anstalt öffentlichen Rechts Personal beschäftigt werden. Über diese sollte laut BMJ eine kostengünstige, qualitätsvolle und differenzierte Betreuung im Straf- und Maßnahmenvollzug sichergestellt sowie eine Flexibilisierung des Personaleinsatzes erreicht werden. Die gesetzliche Einrichtung der Justizbetreuungsagentur erfolgte per 1. Jänner 2009 als Anstalt öffentlichen Rechts. Die Ausgaben des BMJ für die Justizbetreuungsagentur und das zugekaufte Personal sind im Rechnungsabschluss des Bundes als Sachaufwand ausgewiesen.

(2) Das BMJ plante bei Gründung der Justizbetreuungsagentur, dass diese für das Forensische Zentrum Asten ca. 60 VBÄ Betreuungspersonal zur Verfügung stellen sollte.⁴ In weiterer Folge stellte die Justizbetreuungsagentur bis zum Zeitraum der Gebarungüberprüfung darüber hinaus auch Personal für neue Aufgaben des BMJ wie Kinderbeistände, Experten, Amtsdolmetscher und die Familiengerichtshilfe bereit. Nach abgeschlossenem Ausbau der Familiengerichtshilfe im Juli 2014 wird die Justizbetreuungsagentur insgesamt ca. 400 VBÄ⁵ – dies sind ca. 550 bis 600 Personen⁶ – für das BMJ bereitstellen. Bezogen auf die Planstellen des Jahres 2012 für die Justizbehörden in den Ländern und die Justizanstalten im Allgemeinen Verwaltungsdienst, Verwaltungsdienst und Krankenpflagedienst⁷ entspricht dies einem Anteil von rd. 7,4 %.

Im Rahmen der Gebarungüberprüfung ersuchte der RH das BMJ um Stellungnahme zu der Frage, ob für die Betrauung der Justizbetreuungsagentur mit der Bereitstellung von Personal für Kinderbeistände, Experten, Amtsdolmetscher und Familiengerichtshilfe Wirtschaftlichkeitsberechnungen oder die Prüfung von Alternativen vorhanden wären. In seinen Antworten führte das BMJ im Wesentlichen aus, die

³ dieses verglich verschiedene Varianten (justizeigener Rechtsträger, Outsourcing – Rahmenvereinbarung, Outsourcing – Optimierung Status Quo, PPP-Modelle) anhand definierter Kriterien

⁴ Zur Zeit der Gründung der Justizbetreuungsagentur plante das BMJ auch eine weitere Justizanstalt in Wien. Durch Gründung der Justizbetreuungsagentur frei werdende Planstellen im Betreuungsbereich sollten in 60 Planstellen für Justizwachebeamte umgewandelt werden.

⁵ ohne Werkverträge Kinderbeistand

⁶ inkl. ca. 150 Werkvertragsnehmer im Bereich Kinderbeistand und Strafvollzug

⁷ Personalplan des Bundes 2012: insgesamt 11.151 Planstellen für das BMJ, davon 5.440 für die Justizbehörden in den Ländern und Justizanstalten in den Bereichen Allgemeiner Verwaltungsdienst, Verwaltungsdienst und Krankenpflagedienst

Gründung der Justizbetreuungsagentur – Ziele des BMJ

Betrauung der Justizbetreuungsagentur beruhe jeweils auf einer gesetzlichen Grundlage. Die vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten für einen flexibleren Personaleinsatz und zur Einsparung von Verwaltungskosten wären vom BMJ entsprechend zu nutzen.

- 3.2 Der RH hielt fest, dass das BMJ mit der Errichtung der Justizbetreuungsagentur keine „klassischen“ Ausgliederungsmotive – organisatorische, wirtschaftliche, steuerliche oder vergaberechtliche Motive – verfolgte. So wurden auch keine Aufgabe des BMJ oder Bundespersonal ausgegliedert. Die Justizbetreuungsagentur diene lediglich zur Personalbereitstellung aufgrund mangelnder Planstellen.

Der RH kritisierte, dass der Entfall der verpflichtenden Planstellenbindung für überlassene Arbeitskräfte und die intensive Nutzung dieser Bestimmung durch das BMJ – im Jahr 2014 sollen ca. 550 bis 600 Personen (bzw. ca. 400 VBÄ) über die Justizbetreuungsagentur für das BMJ tätig sein – zu geringerer Transparenz hinsichtlich des Personalaufwands führte. Mit dieser Vorgehensweise verliert auch der Personalplan des Bundes seine Steuerungsfunktion. Darüber hinaus sind die Ausgaben für das von der Justizbetreuungsagentur beschäftigte Personal im Rechnungsausschluss des Bundes als Sachaufwand ausgewiesen. Dies stand im Konflikt mit dem Grundsatz der Budgetwahrheit.

Der RH kritisierte darüber hinaus, dass mit der Justizbetreuungsagentur zusätzliche Strukturen für Führung und Verwaltung des zugekauften Personals aufgebaut wurden und diese Mehraufwendungen verursachten. Die vom BMJ angestrebte Flexibilisierung des Personaleinsatzes im Strafvollzug gelang nicht. Weitere Probleme, wie bspw. der Abschluss eines eigenen Kollektivvertrags (siehe TZ 11), die Sicherstellung der Liquidität (siehe TZ 27), die geringe Eigenmittelquote (siehe TZ 26) und Unzufriedenheit bei gemischter Personalbesetzung in den Justizanstalten (justizeigenes Personal und Justizbetreuungsagentur-Mitarbeiter) aufgrund unterschiedlicher rechtlicher Stellung (siehe TZ 15) entstanden erst durch die Konstruktion Justizbetreuungsagentur.

Der RH empfahl dem BMJ daher im Hinblick u.a. auf die mit der Einrichtung der Justizbetreuungsagentur verbundenen Mehraufwendungen und die nicht erreichte Flexibilisierung des Personaleinsatzes im Strafvollzug, auf alternative Möglichkeiten zur Personalbereitstellung hinzuwirken. Für die Aufgabenerfüllung des BMJ notwendiges Personal sollte keinesfalls „automatisch“ und ohne konkrete Prüfung anderer Möglichkeiten über die Justizbetreuungsagentur bereitgestellt werden.



Gründung der Justizbetreuungsagentur –
Ziele des BMJ



Justizbetreuungsagentur

3.3 *Laut Stellungnahme des BMJ stünden die gesetzlichen Bestimmungen zum Personalplan im Stufenbau der Rechtsordnung auf gleicher Ebene wie das JBA-Gesetz. Der Gesetzgeber habe die Möglichkeit von auf das JBA-Gesetz gestützten Personalrekrutierungen und -bereitstellungen geschaffen, die dementsprechend im Rahmen der Justizverwaltung zu nutzen sei, um die gesetzeskonforme und qualitätsvolle Aufgabenwahrnehmung sicherzustellen.*

Soweit der Justiz Planstellen nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stünden, liege dies nicht in der Verantwortung des – in dieser Frage von der Zustimmung des BKA und letztlich auch des BMF abhängigen – Justizressorts. Das BMJ habe zahlreiche Anträge an das BKA zur Erlangung ausreichender Planstellen gestellt.

3.4 Der RH entgegnete dem BMJ, dass – wie in TZ 3 angeführt – die Justizbetreuungsagentur aufgrund mangelnder Planstellen für das Forensische Zentrum Asten gegründet worden war. Zwischenzeitlich ist sukzessive eine Ausweitung auf 550 bis 600 Personen erfolgt. Mit dieser Vorgangsweise verliert auch der Personalplan des Bundes seine Steuerungsfunktion. Darüber hinaus sind die Ausgaben für das von der Justizbetreuungsagentur beschäftigte Personal im Rechnungsabschluss des Bundes als Sachaufwand ausgewiesen. Dies steht im Konflikt mit dem Grundsatz der Budgetwahrheit. Weiters mussten neue Verwaltungsstrukturen aufgebaut werden. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Vorgaben und Rahmenbedingungen

Regelungen

4.1 Die Aufgaben der Justizbetreuungsagentur waren im Justizbetreuungsagentur-Gesetz (JBA-G) geregelt und in einzelnen Rahmenvereinbarungen mit dem BMJ – z.B. die Grundsätze der Leistungserbringung und der Verrechnung – näher bestimmt. Für die Kernaufgaben der Justizbetreuungsagentur bestand Betriebspflicht, das heißt, dass sie gesetzlich verpflichtet war, Aufträge des BMJ bzw. der Vollzugsdirektion⁸ auszuführen. Im JBA-G erfolgte keine Festlegung über das Ausmaß des von der Justizbetreuungsagentur bereitzustellenden Personals.

⁸ seit 1. Jänner 2007 eingerichtete Oberbehörde gegenüber allen Justizanstalten, sowohl im fachlichen wie auch im dienstrechtlichen Bereich

Vorgaben und Rahmenbedingungen

Die folgende Tabelle stellt die einzelnen Aufgaben der Justizbetreuungsagentur und die Zeitpunkte der gesetzlichen Einführung dar:

| Tabelle 1: Aufgaben der Justizbetreuungsagentur | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Art des Personals | Einführung mit, Geltung seit | im JBA-G als Aufgabe definiert ab | Abschluss Rahmenvereinbarung mit dem BMJ | Bereitstellung durch die Justizbetreuungsagentur ab |
| Betreuungspersonal in Justizanstalten | Strafvollzugsgesetz, 1. Jänner 1975 | Jänner 2009 | September 2009 | Februar 2009 |
| Kinderbeistand | Kinderbeistand-Gesetz, 1. Juli 2010 | Jänner 2010 | Juni 2010 | Juli 2010 |
| Experten | Staatsanwaltschaftsgesetz, 1. September 2011 | Jänner 2010 | Mai 2011 | Juli 2010 |
| Amtsdolmetscher | Budgetbegleitgesetz 2011, 1. Juli 2011 | Jänner 2013 | Juli 2011 | Juli 2011 |
| Familiengerichtshilfe | Kindschafts- und Namensrechts-Änderungsgesetz 2013 | Jänner 2013 | Februar 2012 | Dezember 2011 |

Quellen: BMJ, Justizbetreuungsagentur, RH

Wie aus der Tabelle hervorgeht, stellte die Justizbetreuungsagentur in einzelnen Bereichen Personal bereits vor Festlegung als Aufgabe im JBA-G bzw. vor Abschluss entsprechender Rahmenvereinbarungen mit dem BMJ bereit.

Gemäß § 2 Abs. 5a JBA-G war diese berechtigt, ab 1. Jänner 2010 Verträge über die Bereitstellung von Experten abzuschließen, deren spezifische Fachkenntnis innerhalb der Justiz nicht verfügbar, aber für die Bearbeitung komplexer oder besonders umfangreicher Ermittlungsverfahren oder gerichtlicher Verfahren zweckmäßig ist. Das BMJ subsumierte unter diese Bestimmung auch die Amtsdolmetscher und die Familiengerichtshilfe. Mit den im JBA-G angeführten Experten waren vor dem Hintergrund der Stärkung der Wirtschaftskompetenz der Staatsanwaltschaften solche auf dem Gebiet des Wirtschafts-, Steuer- und Unternehmensrechts gemeint. Dies ging auch aus dem Erlass des BMJ vom November 2011 zur Einführung der Experten hervor. Die explizite Regelung dieser Bereiche im JBA-G erfolgte erst im Jänner 2013.

- 4.2 Der RH hielt kritisch fest, dass im JBA-G eine generelle Ermächtigung der Justizbetreuungsagentur zur Personalbereitstellung für das BMJ in bestimmten Bereichen ohne konkrete Festlegung des Ausmaßes festgelegt war. Der RH vertrat jedoch die Ansicht, dass aus dem Gesetz

klar ersichtlich sein müsse, für welche Bereiche des BMJ die Justizbetreuungsagentur wie viel Personal bereitzustellen hat. Die Rahmenvereinbarungen dienten nur zur näheren Definition der Tätigkeiten in den einzelnen Personalbereitstellungsbereichen der Justizbetreuungsagentur.

Er empfahl dem BMJ, die Bereiche, für die die Justizbetreuungsagentur Personal bereitzustellen hat und das jeweilige Ausmaß, vor deren Tätigwerden einer Regelung im JBA-G zuzuführen.

4.3 *Das BMJ teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es im Zuge zukünftiger Novellierungen des JBA-G eine deutlichere Darstellung der Bereiche, für welche die Justizbetreuungsagentur Personal bereitzustellen hat, erwäge. Eine genaue gesetzliche Regelung des Ausmaßes des in den einzelnen Geschäftsbereichen einzusetzenden Personals erscheine im Hinblick auf das Ziel der Flexibilisierung des Personaleinsatzes jedoch kontraproduktiv.*

4.4 Der RH entgegnete dem BMJ, auch im Zuge zukünftiger Novellierungen des JBA-G im Hinblick auf die Darstellung der finanziellen Auswirkungen zumindest Obergrenzen für die Personalaufnahme in den einzelnen Geschäftsbereichen festzulegen, wie dies beim Personalplan des Bundes selbstverständlich ist. Er verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Aufsicht durch
das BMJ und den
Aufsichtsrat

5.1 Die Justizbetreuungsagentur unterlag der Aufsicht der Bundesministerin für Justiz. Diese konnte der Geschäftsführung Weisungen erteilen und musste das Budget der Justizbetreuungsagentur genehmigen. Sie war weiters berechtigt, zur Aufsicht Überprüfungen vorzunehmen und die von ihr angeforderten Unterlagen einzusehen. Das BMJ nahm das Aufsichtsrecht vor allem über die Budgetgenehmigung wahr.

Zur Überwachung der Geschäftsführung war ein Aufsichtsrat eingerichtet, dessen Funktionsdauer fünf Jahre betrug. Der Aufsichtsrat setzte sich wie folgt zusammen⁹: vier Mitglieder bestellte die Bundesministerin für Justiz, ein Mitglied der Bundeskanzler, zusätzlich entsandte der Betriebsrat eine entsprechende Anzahl von Mitgliedern.¹⁰ Die von der Bundesministerin für Justiz bestellten Mitglieder waren zwei ehemalige Sektionschefs des BMJ, der Leiter der Vollzugsdirektion und eine Mitarbeiterin des BMJ.

⁹ § 15 JBA-G

¹⁰ gemäß § 110 des Arbeitsverfassungsgesetzes, BGBl. Nr. 22/1974

Vorgaben und Rahmenbedingungen

- 5.2 Der RH stellte fest, dass das BMJ die Justizbetreuungsagentur über das Budget steuerte, der Aufsichtsrat über seine Kontrollbefugnisse. Die Justizbetreuungsagentur ähnelte in ihrer konkreten Ausgestaltung einer nachgeordneten Dienststelle des BMJ mit wesentlichen Steuerungsmöglichkeiten über das Weisungsrecht und das Budget.

Der RH bemängelte, dass mit dem Leiter der Vollzugsdirektion zugleich ein wesentlicher Vertreter des Hauptkunden Justizanstalten im Aufsichtsrat vertreten war. Dies könnte nach dem von der Bundesregierung am 30. Oktober 2012 beschlossenen Public Corporate Governance Kodex¹¹ zu Interessenskonflikten führen.

Der RH empfahl dem BMJ, bei der Besetzung des Aufsichtsrats den Public Corporate Governance Kodex zu berücksichtigen.

- 5.3 *Laut Stellungnahme des BMJ sei bei der mittlerweile erfolgten Neubestellung des Aufsichtsrats der Justizbetreuungsagentur auf die Einhaltung der Bestimmungen des Public Corporate Governance Kodex, insbesondere im Hinblick auf Interessenskonflikte, geachtet worden.*

Verwaltung

Verwaltungskosten

- 6.1 Die Justizbetreuungsagentur stellte die Verwaltungskosten in den Erläuterungen zu den jährlichen Rechnungsabschlüssen eigens dar. Demnach entwickelten sich diese zwischen 2009¹² und 2012 wie folgt:

¹¹ Der Public Corporate Governance Kodex enthält Grundsätze der Unternehmens- und Beteiligungsführung im Bereich des Bundes. Ziel ist, die Unternehmensführung und -überwachung transparenter und nachvollziehbarer zu machen und die Rolle des Bundes als Anteilseigner klarer zu fassen. Der Public Corporate Governance Kodex ist auf der Website des BKA veröffentlicht.

¹² Im Jahresabschluss 2009 stellte die Justizbetreuungsagentur den Verwaltungsaufwand noch nicht dar, den angeführten Wert errechnet der RH auf Grundlage der im Bericht über die Quartale 1 bis 4 aus 2009 enthaltenen Kostenstellenübersicht.

Tabelle 2: Verwaltungskosten und –anteil am Gesamtaufwand gemäß Jahresabschluss

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|------------------------------|--------------|----------|----------|-----------|
| | in 1.000 EUR | | | |
| Verwaltungskosten insgesamt | 568,75 | 851,91 | 971,27 | 1.592,71 |
| <i>davon Personalkosten</i> | 297,44 | 482,77 | 545,57 | 768,38 |
| Gesamtaufwand | 2.522,31 | 6.959,13 | 9.309,32 | 12.362,51 |
| <i>davon Personalaufwand</i> | 1.958,66 | 6.013,76 | 7.612,75 | 10.233,14 |
| Anteil Verwaltungsaufwand | in % | | | |
| insgesamt | 22,55 | 12,24 | 10,43 | 12,88 |
| Bereich Personal | 15,19 | 8,03 | 7,17 | 7,51 |

Quellen: Jahresabschlüsse der Justizbetreuungsagentur, Berechnung RH

Die im Jahresabschluss dargestellten Verwaltungskosten unterschieden sich aufgrund unterschiedlicher Definition bzw. Berechnung von der in der Kostenrechnung angesetzten Gesamtsumme der Verwaltungsgemeinkosten¹³ (siehe TZ 30).

- 6.2 Der RH kritisierte, dass sich die im Rechnungsabschluss 2012 dargestellten Verwaltungskosten – aufgrund abweichender Definition bzw. Berechnung – von den in der Kostenrechnung als Verwaltungskosten angesetzten Beträgen unterschieden. Im Sinne der Transparenz empfahl er dem BMJ und der Justizbetreuungsagentur, für die Darstellung im Rechnungs- und Berichtswesen den Begriff Verwaltungskosten einheitlich zu definieren.
- 6.3 *Das BMJ und die Justizbetreuungsagentur teilten in ihren Stellungnahmen mit, dass der Begriff der Verwaltungskosten im Rahmen der geplanten Neugestaltung des Verrechnungssystems der Justizbetreuungsagentur klar und einheitlich zu definieren sein werde.*

¹³ Im Jahresabschluss 2012 stellte die Justizbetreuungsagentur bspw. die Summe der über das Basisentgelt abgegoltenen Aufwendungen dar; diese enthielten auch eindeutig den operativen Bereichen zuordenbare Aufwendungen, die aber nicht über das Leistungsentgelt verrechnet werden konnten.

Verwaltung

Organisation und
Personalausstattung

7.1 Das geplante Geschäftsmodell der Justizbetreuungsagentur sah bei Gründung eine minimale Personalausstattung im Management- und Verwaltungsbereich vor (Geschäftsführer, zwei Mitarbeiter, Zukauf von Supportleistungen). Durch die Bereitstellung von Personal für weitere Aufgaben des BMJ erhöhte sich auch der Stand an Verwaltungsmitarbeitern auf 25 per Ende Juli 2013.

Tabelle 3: Überblick über die Anzahl des Verwaltungspersonals (Stichtag jeweils 31.12. bzw. 30. Juli 2013)

| Jahr | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Veränderung 2009 bis 2013 in % |
|------------|-----------|---------|---------|---------|----------|--------------------------------------|
| | Köpfe/VBÄ | | | | | |
| Verwaltung | 8/7,5 | 11/10,2 | 17/14,3 | 17/14,6 | 25/21,85 | + 213/+ 191 |

Quellen: Justizbetreuungsagentur, RH

Die Justizbetreuungsagentur nahm die entsprechenden Änderungen und Ergänzungen in den Dienstverträgen bei rund der Hälfte der Mitarbeiter verspätet (bis zu 2,5 Jahre nach vorgenommener Änderung oder Ergänzung) vor. Zum Teil waren Dienstverträge (Ergänzungen/Änderungen) nicht unterschrieben oder undatiert. Arbeitsplatzbeschreibungen waren für den Bereich Strafvollzug teilweise vorhanden, für die anderen Bereiche lagen Entwürfe vor.

Die Verwaltungsmitarbeiter der Justizbetreuungsagentur wiesen unterschiedliche Qualifikationen¹⁴ auf. Aufgrund des raschen Wachstums fanden laufend Organisationsänderungen statt und wurden die Mitarbeiter in den unterschiedlichsten Bereichen – zum Teil nicht den Qualifikationen entsprechend – eingesetzt. Bereiche wie die Lohnverrechnung und Erstellung des Jahresabschlusses hatte die Justizbetreuungsagentur ausgelagert.

Die notwendigen Personalressourcen ermittelte die Justizbetreuungsagentur ohne Zugrundelegung eines dem Aufwand entsprechenden Betreuungsschlüssels bzw. eines adäquaten Ressourcencontrollings.

¹⁴ Die Justizbetreuungsagentur beschäftigte bis Mitte 2013 in der Verwaltung neun Personen mit einem Hochschulabschluss und sechs Personen mit bestandener Reifeprüfung bzw. Studienberechtigungsprüfung. Weitere vier Personen verfügten über einen abgeschlossenen Lehrberuf. Lediglich eine von vier Personen in einer Leitungsfunktion wies eine Ausbildung mit wirtschaftlichem Hintergrund auf. Im Juni und Juli 2013 nahm die Justizbetreuungsagentur weiteres Verwaltungspersonal auf, darunter vier Akademiker und zwei Personen mit abgeschlossenem Lehrberuf.

Aus diesem Grund gestalteten sich die Verhandlungen über zusätzliches Verwaltungspersonal zwischen der Geschäftsführung und dem Aufsichtsrat – welcher zwingend beizuziehen war – meist langwierig.

- 7.2 Der RH hielt fest, dass die Justizbetreuungsagentur laufend für weitere Aufgaben des BMJ Personal bereitstellte und der Anteil des Verwaltungspersonals demnach gestiegen war. Er kritisierte, dass es jedoch kein entsprechendes Personaleinsatzkonzept gab bzw. keine entsprechende Organisationsentwicklung stattfand. Dies führte zu oftmaligem Wechsel der Mitarbeiter in den einzelnen Bereichen, teilweise nicht qualifikationsentsprechendem Einsatz, mangelnder Kontinuität bei der operativen Abwicklung der Aufgabenbereiche und formellen Mängeln.

Der RH empfahl der Justizbetreuungsagentur, einen Organisationsentwicklungsprozess vorzunehmen. Dabei wäre zu überlegen, welche Agenden selbst erledigt und welche Bereiche ausgelagert werden. Es wäre auch darauf zu achten, dass Personal entsprechend seinen Qualifikationen eingesetzt wird. Er empfahl der Justizbetreuungsagentur weiters, Dienstverträge formell richtig abzuschließen bzw. Ergänzungen und Änderungen zeitgerecht vorzunehmen. Darüber hinaus empfahl er der Justizbetreuungsagentur, Arbeitsplatzbeschreibungen für jede Funktion zu erarbeiten.

Der RH bemängelte, dass rund fünf Jahre nach Gründung der Justizbetreuungsagentur keine mit dem Aufsichtsrat akkordierten Betreuungsschlüssel für die Bestimmung der notwendigen Personalressourcen in den einzelnen Bereichen vorlagen. Er empfahl der Justizbetreuungsagentur, durch Ressourcendokumentation einen Betreuungsschlüssel für die Festlegung der notwendigen Personalressourcen zu erheben.

- 7.3 *Das BMJ und die Justizbetreuungsagentur teilten in ihren Stellungnahmen mit, dass in der 2014 beginnenden neuen Geschäftsführungsperiode eine grundlegende Analyse und Neugestaltung der gesamten Aufbau- und Ablauforganisation der Justizbetreuungsagentur vorgenommen werden soll.*

Laut Stellungnahme der Justizbetreuungsagentur habe das schnelle Wachstum der Justizbetreuungsagentur durch die sukzessive vom Gesetzgeber aufgetragene Aufgabenerweiterung notwendigerweise einen deutlichen Personalanstieg mit sich gebracht und sei nunmehr eine Phase der Konsolidierung unumgänglich. Im Zuge der Neustrukturierung gehe es insbesondere um Optimierungen im Planungs- und Budgetierungsprozess, im Rechnungswesen, im Controlling und im IKS. Zudem sei zu prüfen, welche derzeit ausgelagerten Agenden in Zukunft

Verwaltung

selbst erledigt werden können. Selbstverständlich werde auch das Personal entsprechend seiner Qualifikation eingesetzt werden.

Im Zuge der Umsetzung des mit 1. Jänner 2014 in Kraft getretenen neuen Kollektivvertrags sei eine Neufassung sämtlicher Dienstverträge vorgesehen. Die Erarbeitung von Arbeitsplatzbeschreibungen für jede Funktion in der Verwaltung sei entsprechend der Empfehlung des RH bereits in Angriff genommen worden. Als Basis für die Erhebung eines Betreuungsschlüssels würden derzeit verschiedene Varianten einer Ressourcendokumentation geprüft.

7.4 Der RH verwies auf die in TZ 3 dargestellten Probleme, die durch die Konstruktion Justizbetreuungsagentur entstanden sind, und verwies daher auf den generell bestehenden Handlungsbedarf.

Unterbringung der
Justizbetreuungs-
agentur

8.1 Die Justizbetreuungsagentur war ab ihrer Gründung in einem Mietobjekt im 7. Wiener Gemeindebezirk untergebracht. Aufgrund der Aufnahme weiterer Personalbereitstellungsbereiche (vor allem der Amtsdolmetscher) und Verwaltungsmitarbeiter benötigte die Justizbetreuungsagentur eine neue Unterbringung. Der Geschäftsführer unterzeichnete im August 2011 eine unbefristete Nutzungsvereinbarung mit dem BMJ für ein Liegenschaftsobjekt im 1. Wiener Gemeindebezirk, welches das BMJ ab Dezember 2008¹⁵ gemietet hatte. Das BMJ verrechnete der Justizbetreuungsagentur den Mietzins in Höhe von rd. 12.700 EUR für die Liegenschaft mit einer Fläche von 729 m² weiter. Dies entsprach einem Mietzins von rd. 17 EUR/m². Die Unterbringung in einem anderen – möglicherweise günstigeren Liegenschaftsobjekt – prüfte die Justizbetreuungsagentur nicht.

Der RH stellte bei der Einschau an Ort und Stelle fest, dass die Büroräume über einen relativ hohen Anteil an Verkehrsflächen, die nicht genutzt werden konnten, verfügten. Exakte Angaben über die Ausmaße der einzelnen Flächen lagen nicht vor. Die Justizbetreuungsagentur schloss nach der Aufnahme zusätzlicher Verwaltungsmitarbeiter am 31. Juli 2013 einen weiteren, befristeten Mietvertrag über Büroräume im selben Gebäude im Ausmaß von rd. 159 m² zu einem monatlichen Mietzins¹⁶ von rd. 2.918 EUR bzw. rd. 18,40 EUR/m² ab.

¹⁵ Im Dezember 2008 schloss das BMJ einen unbefristeten Mietvertrag über das Liegenschaftsobjekt in der Universitätsstraße 5, 1010 Wien ab. Vor der Justizbetreuungsagentur war die Zentrale Staatsanwaltschaft zur Verfolgung von Wirtschaftsstrafsachen und Korruption dort untergebracht.

¹⁶ inkl. USt

8.2 Der RH kritisierte, dass das Verhältnis zwischen Nutz- und Verkehrsflächen bei den von der Justizbetreuungsagentur genutzten Räumlichkeiten ungünstig war und dass die Justizbetreuungsagentur keine Prüfung einer alternativen Unterbringung vorgenommen hatte. Der RH empfahl der Justizbetreuungsagentur daher, die Möglichkeit einer zweckmäßigeren und sparsameren Unterbringung zu prüfen.

8.3 *Laut Stellungnahme der Justizbetreuungsagentur werde die Möglichkeit einer adäquateren Unterbringung gemeinsam mit dem BMJ zu prüfen sein. Festzuhalten sei, dass die Justizbetreuungsagentur aufgrund ihres rasanten Wachstums rasch eine neue, deutlich größere Unterbringung benötigt habe. Es habe auch eine Suche nach anderen (möglicherweise etwas günstigeren Räumlichkeiten) gegeben. In einem Fall hätten dazu auch bereits konkrete Verhandlungen stattgefunden, welche jedoch kurz vor Unterfertigung des Mietvertrags überraschend von Seiten des Vermieters abgebrochen worden seien. Zeitgleich sei der Justizbetreuungsagentur vom BMJ das nunmehr genutzte Objekt angeboten worden, in dem das vergrößerte Verwaltungsteam ebenso wie die ab Mitte 2011 aufgenommenen Amtsdolmetscher – diese mit kurzen Wegen in das nahe Landesgericht für Strafsachen und das ASG Wien – untergebracht werden konnten.*

8.4 Der RH hielt im Hinblick auf das ungünstige Verhältnis zwischen Nutz- und Verkehrsfläche sowie den hohen monatlichen Mietzins die Empfehlung, die Möglichkeit einer zweckmäßigeren und sparsameren Unterbringung zu prüfen, aufrecht.

Software zur
Personalverwaltung

9.1 Die Justizbetreuungsagentur verwendete eine eigene Software zur Personalverwaltung. BMJ-interne Softwarelösungen zur Personalverwaltung erwiesen sich aufgrund der rechtlichen und organisatorischen Unterschiede für die Administration der Mitarbeiter als ungeeignet.

Aufgrund informeller Mitteilung des BMJ Ende 2012 über den Ausbau der Familiengerichtshilfe erachtete die Justizbetreuungsagentur die Beschaffung einer neuen Personalsoftware als notwendig. Daraufhin informierte sie am 10. Jänner 2013 die Bundesbeschaffung GmbH (BBG) über ein Software-Beschaffungsvorhaben. Der Zeitplan der Justizbetreuungsagentur sah eine Bekanntmachung innerhalb von zwei Wochen sowie die Ausschreibung im Februar 2013 vor. Am 11. Jänner 2013 teilte die BBG mit, dass die notwendigen Ressourcen, um den Auftrag im gewünschten Zeitraum abzuwickeln, nicht vorhanden wären. Die Justizbetreuungsagentur beauftragte daraufhin eine Rechtsanwaltskanzlei mit der öffentlichen Ausschreibung in ihrem Namen. Die Ausgaben dafür beliefen sich auf gesamt rd. 35.000 EUR inkl. USt.

Verwaltung

Die tatsächliche Beauftragung mit vorerst weiteren rd. 111 VBÄ im Bereich der Familiengerichtshilfe erfolgte am 1. Februar 2013. Die bis zu diesem Zeitpunkt verwendete Software ermöglichte laut Justizbetreuungsagentur keine Verarbeitung der Personaldaten in diesem Ausmaß.

Im Juni 2013 erhielt das letzte im Verhandlungsverfahren verbliebene Unternehmen den Zuschlag. Die Beschaffungskosten für die Software betragen – mit einem zu bearbeitenden geplanten Personalaufkommen von rd. 800 Personen bis zum Jahr 2017¹⁷ – rd. 264.000 EUR. Die laufenden Kosten für den Betrieb der Personalsoftware gab die Justizbetreuungsagentur für den Zeitraum bis einschließlich dem Jahr 2017 mit rd. 338.000 EUR¹⁸ an.

- 9.2** Der RH kritisierte, dass mit der Justizbetreuungsagentur eine Parallelstruktur für die Personalverwaltung aufgebaut wurde. Aufgrund der Notwendigkeit einer eigenen Personalsoftware zur Administration der Mitarbeiter werden bei der Justizbetreuungsagentur bis 2017 Kosten von rd. 600.000 EUR entstehen.

Er bemängelte weiters, dass die kurzfristige Auftragserteilung durch das BMJ mit der Personalbereitstellung im Bereich der Familiengerichtshilfe eine – zu diesem Zeitpunkt nicht geplante – Beschaffung einer neuen Personalsoftware bedingte. Eine Ausschreibung durch die BBG war dadurch nicht möglich und verursachte bei der Justizbetreuungsagentur Rechtsanwaltskosten im Ausmaß von rd. 35.000 EUR bzw. 13 % der Beschaffungskosten. Der RH war weiters der Ansicht, dass im BMJ grundsätzlich ausreichende Fachkompetenz vorhanden wäre, um Vergabeverfahren ohne Kosten verursachende externe Beratung abwickeln zu können. Die Beiziehung externer Experten in Vergabeverfahren sollte allenfalls auf die Klärung einzelner spezieller Rechtsfragen oder Bewertungsaspekte beschränkt bleiben.

Geschäftsführervertrag

- 10.1** Im Jahr 2008 bestellte die damalige Bundesministerin für Justiz per 1. Jänner 2009 den Geschäftsführer der Justizbetreuungsagentur für einen Zeitraum von fünf Jahren. Der Vertrag endete am 31.12.2013.

Das Gehalt des Geschäftsführers lag 2009 bei 67.200 EUR und stieg nach Verhandlungen mit dem Aufsichtsrat im Jahr 2012 auf rd. 79.800 EUR. Tatsächlich erhielt der Geschäftsführer inklusive Prämien und Sach-

¹⁷ Basissoftware für die Betreuung von 300 Mitarbeitern, in der zweiten Ausbaustufe für 300 weitere Mitarbeiter und in der dritten Ausbaustufe für 200 weitere Mitarbeiter

¹⁸ sollte der Betrieb über externe Server stattfinden rd. 379.000 EUR

bezug rd. 86.400 EUR. Die Grundlagen für die Festlegung des Bezugs waren nicht dokumentiert.

Für den Aufsichtsrat der Justizbetreuungsagentur bestand die Möglichkeit, dem Geschäftsführer eine leistungs- und erfolgsorientierte Prämie in Höhe von bis zu zehn Prozent des Jahresgehalts auszubezahlen. Diese Prämie betrug in den Jahren 2009 bis 2012 durchschnittlich rd. 6.440 EUR. Eine Zielvereinbarung lag zum Zeitpunkt des Abschlusses seines Geschäftsführervertrags nicht vor, in weiterer Folge wurden solche jährlich abgeschlossen. Die Zielvereinbarungen für das Jahr 2011 und 2013 beinhalteten Kriterien – wie z.B. die Einhaltung des Jahresbudgets –, deren Erfüllung nicht unmittelbar im Einflussbereich des Geschäftsführers lagen.

- 10.2 Der RH kritisierte, dass die Grundlagen für die Höhe des Geschäftsführergehalts bzw. dessen Anstieg vom Aufsichtsrat nicht dokumentiert waren, und die Zielvereinbarungen Kriterien enthielten, die nicht unmittelbar im Einflussbereich des Geschäftsführers lagen.

Er empfahl dem BMJ, über den Aufsichtsrat sicherzustellen, dass die Grundlagen für die Festlegung des Bezugs des Geschäftsführers dokumentiert werden. Weiters empfahl er, dass nur vom Geschäftsführer unmittelbar beeinflussbare Kriterien in Zielvereinbarungen festgelegt werden.

- 10.3 *Laut Stellungnahme des BMJ habe dem Beschluss des Aufsichtsrats, den Geschäftsführerbezug mit 1. Jänner 2012 zu erhöhen, ein Bericht seines Vergütungs- und Personalausschusses zu Grunde gelegen, in dem sich dieser mit den maßgeblichen Indikatoren auseinandergesetzt habe. Das BMJ habe dieser Gehaltserhöhung auf 79.800 EUR letztlich mit Wirksamkeit vom 1. Juli 2012 zugestimmt. Diese Erhöhung um 19 % sei bereits im Anstellungsvertrag in Aussicht genommen worden.*

Da dem BMJ gegenüber dem Aufsichtsrat – anders als zur Geschäftsführung – kein gesetzliches Weisungsrecht zukomme, könne diesem die Empfehlung des RH, nur unmittelbar zu beeinflussende Kriterien in der Zielvereinbarung festzulegen, lediglich zur Kenntnis gebracht bzw. im Rahmen der Möglichkeiten auf eine Umsetzung hingewirkt werden.

- 10.4 Der RH entgegnete dem BMJ, dass die ihm vorgelegten Unterlagen keine ausreichende Dokumentation der Grundlagen für die Höhe bzw. Erhöhung des Geschäftsführerbezugs enthielten. Im Hinblick auf die Steuerungsverantwortung des BMJ sah der RH den Handlungsbedarf beim BMJ.

Aufgabenerfüllung und Kommunikation mit Bedarfsträgern

Kollektivvertrag

11.1 Gemäß den rechtlichen Vorgaben¹⁹ bei Gründung hatte die Geschäftsführung der Justizbetreuungsagentur unverzüglich die notwendigen Verhandlungen zum Abschluss eines Kollektivvertrags zu führen. Der Abschluss des Kollektivvertrags unterlag der Genehmigung durch den Aufsichtsrat.

Ab Betriebsaufnahme wendete die Justizbetreuungsagentur als Basis für die Entlohnung ihrer Angestellten den Kollektivvertrag für die Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe und deren Arbeitnehmer (BAGS-Kollektivvertrag) an. Um eine bedarfsorientierte Arbeitszeitgestaltung zu gewährleisten, schloss die Justizbetreuungsagentur mit der Gewerkschaft öffentlicher Dienst (GÖD) vorerst einen zeitlich befristeten Teilkollektivvertrag ab, der eine Regelung der Arbeitszeit auf betrieblicher Ebene ermöglichte.²⁰ Aufgrund der darauf basierenden Betriebsvereinbarung konnten für die Bediensteten der Justizbetreuungsagentur die jeweils in den Justizanstalten für die Bundesbediensteten geltenden Arbeitszeitmodelle Anwendung finden.

Die Geschäftsführung der Justizbetreuungsagentur bemühte sich seit ihrer Gründung um die Erwirkung eines Kollektivvertrags entsprechend den gesetzlichen Vorgaben. Nach Verhandlungen seit Dezember 2009 mit dem Betriebsrat, dem Aufsichtsrat und der GÖD legte sie dem Aufsichtsrat im Mai 2013 einen unterschriftsreifen Entwurf vor. Die Justizbetreuungsagentur berechnete, dass der neue Kollektivvertrag beim aktuellen Personalstand²¹ jährliche Mehrkosten im Ausmaß von rd. 4,8 % bzw. rd. 485.000 EUR verursachen würde. Bei Nichtunterzeichnung drohe allerdings ein endgültiges Auslaufen der abgeschlossenen Betriebsvereinbarungen, was laut Justizbetreuungsagentur geschätzte Mehrkosten in Höhe von rd. 888.000 EUR pro Jahr – infolge von Einschränkungen bei den Normalarbeitszeiten – bedeuten würde.

Bis zum Ende der Einschau vor Ort war noch keine Entscheidung über den Abschluss des neuen Kollektivvertrags getroffen worden. Dieser wurde im November 2013 abgeschlossen und trat mit 1. Jänner 2014 in Kraft.

¹⁹ § 22 JBA-G

²⁰ Ein entsprechender Teilkollektivvertrag trat erstmals mit 1. April 2011 in Kraft und endete mit Ablauf des 31. Dezember 2011. In der Folge wurde die Geltungsdauer jeweils um ein Jahr verlängert. Der geltende Teilkollektivvertrag lief mit 31. Dezember 2013 aus.

²¹ bezogen auf den Personalstand des 1. Halbjahres 2013



Aufgabenerfüllung und Kommunikation mit
Bedarfsträgern



Justizbetreuungsagentur

11.2 Der RH stellte fest, dass die Geschäftsführung der Justizbetreuungsagentur den im Gesetz geforderten Abschluss eines eigenen Kollektivvertrags bis zum Ende der Einschau vor Ort nicht erreichen konnte. Die Kollektivvertragsfähigkeit ausgegliederter Einheiten sah der RH grundsätzlich kritisch, weil dies zu einer Vielzahl dienst- und besoldungsrechtlicher Regelungen bei öffentlichen Einrichtungen führt.²²

Rahmen-
vereinbarungen

12.1 Die nähere Festlegung der von der Justizbetreuungsagentur an das BMJ zu erbringenden Leistungen erfolgte in – für die einzelnen Leistungsbereiche jeweils gesondert abgeschlossenen – Rahmenvereinbarungen.

Aufgabe der Justizbetreuungsagentur war grundsätzlich die Bereitstellung geeigneten Personals einschließlich der Auswahl entsprechend qualifizierter Mitarbeiter. Zusätzlich waren in einigen Bereichen darüber hinausgehende Aufgaben übertragen, insbesondere die Organisation und Überwachung der Aus- und Fortbildung von Kinderbeiständen und Familiengerichtshelfern sowie die Organisation des Einsatzes bzw. konkrete Fallzuweisungen im Bereich Amtsdolmetscher und Kinderbeistände. Für die Justizbetreuungsagentur bestand in allen Personalbereitstellungsbereichen Betriebspflicht.

Im Strafvollzug sowie bei den Experten und Amtsdolmetschern verpflichteten die Rahmenvereinbarungen die Justizbetreuungsagentur dazu, den Mitarbeitern die jeweiligen vom BMJ vorgegebenen Leistungsstandards zur Kenntnis zu bringen und für deren Einhaltung zu sorgen. Das BMJ hatte solche Leistungsstandards allerdings nicht schriftlich festgelegt.

12.2 Der RH hielt kritisch fest, dass das BMJ die ursprünglich vorgesehene Aufgabenübertragung an die Justizbetreuungsagentur, nämlich die Personalbereitstellung für den Strafvollzug, mittlerweile auf nahezu den gesamten Justizbereich (Zivil-, Straf-, Familien- und Sozialrechtsangelegenheiten bei Gerichten und Staatsanwaltschaften) erweitert hatte.

Der RH empfahl dem BMJ, in den Bereichen Strafvollzug, Experten und Amtsdolmetscher Leistungsstandards – wie in den Rahmenvereinbarungen vorgesehen – schriftlich festzulegen. Weiters sollte die Verantwortung für die Einhaltung solcher Leistungsstandards in erster Linie dem BMJ selbst im Rahmen der Fachaufsicht übertragen werden.

²² siehe RH-Bericht Reihe Bund 2007/10 (Bundesanstalt Statistik Austria – Evaluierung der Ausgliederung)

Aufgabenerfüllung und Kommunikation mit Bedarfsträgern

12.3 *Laut Stellungnahme des BMJ hätten die in der Rahmenvereinbarung für den Bereich Strafvollzug angeführten Leistungsstandards zur Zeit ihrer Konzeptionierung auf die Definition der Anforderungen, Kenntnisse und Ausbildungserfordernisse des durch die Justizbetreuungsagentur bereitgestellten Personals abgezielt. Diese Definition habe sich in weiterer Folge aufgrund der individuellen Anforderungen an die Mitarbeiter der Justizbetreuungsagentur in den jeweiligen Justizanstalten schwierig gestaltet. Weil die zu erbringenden Leistungen sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht überaus heterogen seien, könnte nur eine sehr allgemeine und abstrakte Definition vorgenommen werden, die aber kaum die erwünschten Effekte erzielen würde.*

Für den Einsatz der Experten ließen sich einheitliche Leistungsstandards – wenn überhaupt – nur in einer sehr allgemeinen Form ausgestalten, weil die zu erbringenden Leistungen einzelfallbezogen und damit überaus heterogen seien.

Im Bereich der Amtsdolmetscher enthielte bereits die Rahmenvereinbarung zwischen dem BMJ und der Justizbetreuungsagentur umfangreich definierte Standards zu Auswahl der Amtsdolmetscher, Abschluss der Dienstverträge, Art und Weise der Buchung, Überwachung der Leistungserbringung und der durchzuführenden Qualitätssicherung.

12.4 Der RH entgegnete dem BMJ, dass die Vorgabe und Einhaltung der jeweils erforderlichen Leistungsstandards durch das von der Justizbetreuungsagentur bereitgestellte Personal – wegen der auch vom BMJ in seiner Stellungnahme hervorgehobenen Heterogenität der Leistungen – zweckmäßigerweise vom BMJ bzw. dessen Dienststellen selbst wahrzunehmen ist. Die Justizbetreuungsagentur kann bei der Auswahl des Personals nur dessen grundsätzliche Qualifikation und Eignung sicherstellen. Dem entgegenstehende Regelungen in den Rahmenvereinbarungen sollten somit geändert werden.

Strafvollzug

Rahmenvereinbarung

13.1 Die Rahmenvereinbarung im Bereich Strafvollzug listete die Versorgungsbereiche, in denen die Justizbetreuungsagentur Personal bereitzustellen hatte, auf. Angaben über Anzahl und Qualifikation des bereitzustellenden Personals waren darin aber nicht enthalten, diese wurden jeweils erst in Einzelaufträgen konkret festgelegt. Darüber hinaus sollte die Voraussetzung geschaffen werden, Personalressourcen vermehrt von den Justizanstalten gemeinsam – z.B. durch einen Personalpool – nutzen zu können. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestand bei der Justizbetreuungsagentur kein Personalpool oder Springersystem. Die Justiz-



Aufgabenerfüllung und Kommunikation mit
Bedarfsträgern



Justizbetreuungsagentur

betreuungsagentur begründete dies mit einer fehlenden Beauftragung durch das BMJ bzw. die Vollzugsdirektion und hohen Vorhaltekosten.

Das JBA-G²³ verpflichtete die Justizbetreuungsagentur, die erhaltenen Aufträge in einem vertretbaren Zeitraum zu erfüllen. Laut Aussagen der Justizbetreuungsagentur und der Justizanstalten wurde diese Vorgabe grundsätzlich eingehalten. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren drei Aufträge des BMJ von der Justizbetreuungsagentur nicht zur Gänze, d.h. im vollen Stundenausmaß, erfüllt. Dabei handelte es sich ausschließlich um zwei Mediziner bzw. um einen Sonder- und Heilpädagogen. Die Auftragserteilung lag in einem Fall zwei Jahre zurück. Die Justizbetreuungsagentur erklärte die Schwierigkeit der Personalrekrutierung in diesen Fällen einerseits mit der geografischen Lage des Dienstortes,²⁴ jedoch hauptsächlich mit der fehlenden Bereitschaft der potenziellen Kandidaten, für das angebotene Bruttogehalt tätig zu werden.

- 13.2 Der RH bemängelte, dass das BMJ in der Rahmenvereinbarung mit der Justizbetreuungsagentur keine Angaben über die zu erwartenden Personalressourcen im Strafvollzug aufnahm. Er empfahl dem BMJ, vorausschauend Rahmengrößen hinsichtlich Anzahl und Qualifikation des von der Justizbetreuungsagentur dem Strafvollzug bereitzustellenden Personals festzulegen.

Der RH kritisierte, dass es der Justizbetreuungsagentur nicht gelang, zu einer Flexibilisierung des Systems des Personaleinsatzes beizutragen. Der RH empfahl dem BMJ und der Justizbetreuungsagentur daher, Möglichkeiten einer Flexibilisierung des Personaleinsatzes (vor allem im Strafvollzug) zu evaluieren und danach entsprechend umzusetzen.

- 13.3 *Das BMJ teilte in seiner Stellungnahme mit, dass sich die voraussichtliche Anzahl des von der Justizbetreuungsagentur bereitzustellenden Personals aus den dieser im Rahmen der jährlichen Budgetplanung zur Verfügung gestellten Bedarfs(hoch)rechnungen ergäbe.*

Laut Stellungnahme der Justizbetreuungsagentur sollte sie insofern für eine flexible Personalbereitstellung, als bei akutem Bedarf einerseits Teilzeitbeschäftigte umgehend mit entsprechender Dienstvertragsergänzung mit einem höheren Wochenstundeneinsatz eingesetzt würden und andererseits die Justizbetreuungsagentur innerhalb kurzer Zeit neue Mitarbeiter rekrutieren könne.

²³ § 2 Abs. 4

²⁴ Justizanstalt Stein

Aufgabenerfüllung und Kommunikation mit Bedarfsträgern

- 13.4 Der RH entgegnete dem BMJ, dass Bedarfs(hoch)rechnungen für die jährliche Budgetplanung eine verbindliche Festlegung von Rahmengrößen hinsichtlich Anzahl und Qualifikation des dem Strafvollzug bereitzustellenden Personals nicht ersetzen können und bekräftigte seine entsprechende Empfehlung.

Der Justizbetreuungsagentur hielt er entgegen, dass die von ihr angeführten Flexibilisierungseffekte nur von untergeordneter Bedeutung sind. Das vom BMJ mit der Errichtung der Justizbetreuungsagentur angestrebte Ziel, Personal flexibel bei mehreren Justizanstalten einzusetzen, war nicht erreicht worden. Die Mitarbeiter der Justizbetreuungsagentur waren – wie Bundesbedienstete – grundsätzlich bei einer konkreten Justizanstalt tätig. Der RH hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Vertragsmanagement

- 14.1 Die Gründung der Justizbetreuungsagentur verfolgte u.a. den Zweck, die bis dahin bestehenden Einzelverträge mit Betreuungspersonal in Justizanstalten zu vereinheitlichen und dadurch eine Kostensenkung zu erreichen sowie Ärzte zu einem Anstellungsverhältnis mit der Justizbetreuungsagentur zu bewegen.

Die Justizanstalten beschafften nach Gründung der Justizbetreuungsagentur weiterhin medizinische Leistungen auch selbst. So betrugen bspw. die Ausgaben für zugekaufte Leistungen im Bereich Allgemeinmedizin in der Justizanstalt Stein im Jahr 2012 rd. 98.500 EUR. Dies entsprach 1.515 geleisteten Stunden ärztlicher Betreuung. Zusätzlich kaufte die Justizanstalt im selben Zeitraum Leistungen von Fachärzten im Ausmaß von rd. 161.000 EUR zu. In dieser Justizanstalt war darüber hinaus ein bei der Justizbetreuungsagentur angestellter Mediziner beschäftigt, der außerhalb seiner vertraglichen Verpflichtung noch auf Honorarbasis für die Justizanstalt tätig war.

Die Justizanstalt Josefstadt hatte bspw. seit 1989 einen Vertrag mit einem Zahnarzt, dessen Leistungen nach dem jeweils gültigen Tarif der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter (BVA) abgegolten wurden. Im Mai 2013 leistete der Zahnarzt rd. 79 Stunden in dieser Justizanstalt und legte für die Behandlung²⁵ von 142 Personen ein Honorar in Höhe von rd. 26.339 EUR.

²⁵ die Behandlung beinhaltete die Bereitstellung des konservierend-chirurgischen Materials durch und zu Lasten des Arztes



Aufgabenerfüllung und Kommunikation mit
Bedarfsträgern



Justizbetreuungsagentur

Zwei bei der Justizbetreuungsagentur angestellte Personen waren gleichzeitig als Vertragsbedienstete auch beim BMJ beschäftigt. Weiters beschäftigte das BMJ einen Werkvertragsnehmer der Justizbetreuungsagentur über einen zusätzlichen Werkvertrag in einer Justizanstalt.

- 14.2 Der RH kritisierte, dass mit der Justizbetreuungsagentur die beabsichtigte Vereinheitlichung von Einzelverträgen mit Betreuungspersonal in Justizanstalten (vor allem mit Ärzten) nicht gelang und dadurch auch keine Kostensenkung erreicht werden konnte. Die Justizanstalten und auch das BMJ kauften nach wie vor Leistungen im Betreuungsbereich selbst zu. Er empfahl daher dem BMJ, in Kooperation mit der Justizbetreuungsagentur eine Bereinigung der Einzelverträge mit Betreuungspersonal in den Justizanstalten vorzunehmen.

Weiters kritisierte der RH, dass Personen sowohl beim BMJ als auch bei der Justizbetreuungsagentur beschäftigt waren.

- 14.3 *Laut Stellungnahme des BMJ sei die Bereinigung von Einzelverträgen mit dem Betreuungspersonal ein aufwendiger Prozess, der nur sukzessive umgesetzt werden könne. Aktuell seien aber nur mehr jene Einzelverträge aufrecht, die kostengünstiger seien bzw. Leistungen betreffen, die nicht von der Justizbetreuungsagentur zur Verfügung gestellt werden können.*

- 14.4 Der RH entgegnete dem BMJ, dass nach seinen Feststellungen insbesondere im ärztlichen Bereich noch eine Reihe unterschiedlicher Einzelverträge bei den Justizanstalten bestanden. Er bekräftigte daher seine Empfehlung, eine Bereinigung dieser Einzelverträge vorzunehmen.

Eingliederung der Justizbetreuungsagentur-Mitarbeiter im Strafvollzug

- 15.1 Im Zuge der Gebarungsüberprüfung führte der RH Erhebungen bei drei Justizanstalten (Asten bzw. Linz, Josefstadt und Krems-Stein) durch. In den Justizanstalten – vor allem jenen mit gemischter Personalbesetzung (justizeigenes Personal und Justizbetreuungsagentur-Mitarbeiter) – bestand aufgrund verschiedenster Problemstellungen subjektive Unzufriedenheit. Dies war auch darauf zurückzuführen, dass Justizbetreuungsagentur-Mitarbeiter nicht den gleichen rechtlichen Vorgaben (z.B. bei Pausen oder Dienstreisen) wie die im selben Bereich beschäftigten Bundesbediensteten unterlagen. Die Integration der Justizbetreuungsagentur-Mitarbeiter in den Dienstbetrieb der Justizanstalten war dadurch erschwert und erforderte zusätzliche Aufwendungen. So gab es bspw. kein Programm zur Erstellung von Dienstplänen, in dem das gesamte Pflegepersonal aufgenommen werden konnte; Unterschiede

Aufgabenerfüllung und Kommunikation mit Bedarfsträgern

bestanden auch bei Reiseabrechnungen und der Urlaubskonsumation. Die Justizbetreuungsagentur selbst war häufig mit Abklärungen und Rückfragen, z.B. bezüglich der Leistungsabrechnung, konfrontiert.

- 15.2 Der RH kritisierte den zusätzlichen Aufwand in der Verwaltung im Betreuungsbereich der Justizanstalten, insbesondere bei der Dienstplanerstellung, der durch die unterschiedliche rechtliche Stellung der Justizbetreuungsagentur-Mitarbeiter entstand.

Der RH empfahl dem BMJ und der Justizbetreuungsagentur, ein Programm zur Erstellung von Dienstplänen für das gesamte Pflegepersonal einzuführen sowie Maßnahmen zur besseren Integration der Mitarbeiter der Justizbetreuungsagentur in den Justizanstalten zu setzen. Darüber hinaus verwies er auf seine Empfehlung zu TZ 3.

- 15.3 *Das BMJ und die Justizbetreuungsagentur verwiesen in ihren Stellungnahmen auf die unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen für Bundesbedienstete und Mitarbeiter der Justizbetreuungsagentur, die eine Gleichstellung schwierig gestalten und zwangsläufig zu einer komplexen Handhabung führe.*

Laut Stellungnahme des BMJ stelle sich die gegenständliche Problematik nur in den größeren Anstalten mit mehreren Beschäftigten im Pflegedienst. Die einheitliche Erstellung von Dienstplänen für das gesamte Pflegepersonal würde eine grundlegende Anpassung der dort verwendeten Software und eine diesbezügliche enge Kooperation mit der Justizbetreuungsagentur erfordern. Eine Umsetzung würde gemeinsam mit der Justizbetreuungsagentur geprüft.

Die Justizbetreuungsagentur teilte mit, dass seit der Implementierung einer neuen Software ein Modul zur Dienstplanerstellung zur Verfügung stehe, in das auch Justizmitarbeiter eingepflegt werden könnten, sodass eine gemeinsame Dienstplanerstellung jedenfalls ermöglicht werde.

- 15.4 Der RH bekräftigte seine Empfehlung, ein einheitliches Programm zur Erstellung von Dienstplänen für das gesamte Pflegepersonal einzuführen. Weiters verwies er auf seine Empfehlung, Maßnahmen zur besseren Integration der Mitarbeiter der Justizbetreuungsagentur in den Justizanstalten zu setzen, auf die weder das BMJ noch die Justizbetreuungsagentur in ihren Stellungnahmen eingegangen waren.

Der RH wies auch neuerlich darauf hin, dass der zusätzliche Aufwand erst durch die teilweise Ausgliederung der medizinischen Versorgung im Strafvollzug entstand.

Kinderbeistand

16.1 (1) Das Institut des Kinderbeistands war ab 1. Jänner 2006 bereits in einem vom BMJ und damaligen BMGFJ durchgeführten und finanzierten Modellprojekt in der Praxis erprobt worden. Mit 1. Juli 2010²⁶ erfolgte gesetzlich die bundesweite Einführung. Das BMJ beauftragte die Justizbetreuungsagentur pauschal mit der Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von Kinderbeiständen für alle Gerichte. Gemäß Rahmenvereinbarung sollten ab dem Jahr 2011 bundesweit mindestens 100 Kinderbeistände zur Verfügung stehen.

Die Justizbetreuungsagentur rekrutierte Kinderbeistände mittels Ausschreibung. Die Bewerber hatten entsprechende fachliche Voraussetzungen²⁷ zu erfüllen und wurden einem Auswahlverfahren unter Beteiligung eines externen Experten unterzogen. Nach erfolgreicher Absolvierung des von der Justizbetreuungsagentur organisierten einheitlichen Ausbildungscurriculums²⁸ schloss diese mit dem Kinderbeistand einen standardisierten Werkvertrag auf Stundenbasis.

Mit 31. Dezember 2012 verfügte die Justizbetreuungsagentur bundesweit über insgesamt 127 ausgebildete und aktive Kinderbeistände. Einige Regionen wiesen eine geringe Dichte an verfügbaren Kinderbeiständen (z.B. Teile Niederösterreichs und der Steiermark sowie das Burgenland) auf. Dadureh war es der Justizbetreuungsagentur dort erschwert, Anforderungen für konkrete Fallbesetzungen unmittelbar erfüllen zu können.

(2) Die Gerichte richteten im Bedarfsfall ein Ersuchen an die Justizbetreuungsagentur, innerhalb einer bestimmten Frist (in der Regel etwa eine Woche) einen geeigneten Kinderbeistand für konkrete Pflegschaftssachen zu benennen. In mehr als 90 % der Fälle konnte die Justizbetreuungsagentur die zeitlichen Vorgaben einhalten. Fristüberschreitungen entstanden insbesondere in entlegenen Regionen. Die Gerichte übermittelten die Beschlüsse über die Bestellung bzw. deren Beendigung unmittelbar an die Kinderbeistände. Die Information an die Justizbetreuungsagentur erfolgte nicht standardisiert und teilweise erst nach deren aktiver Nachfrage. Dadurch konnten Verzögerungen beim Fallabschluss (Abrechnung mit dem Kinderbeistand, Übermittlung der Falldokumentation) entstehen.

(3) Kinderbeistände waren verpflichtet, ihre Tätigkeit anhand vorgegebener Formulare zu dokumentieren. Die Justizbetreuungsagentur

²⁶ Kinderbeistand-Gesetz

²⁷ akademische Ausbildung in den Bereichen Sozialarbeit, Pädagogik oder Psychologie sowie einschlägige Berufserfahrung

²⁸ Die auszubildenden Kinderbeistände hatten dafür an die Justizbetreuungsagentur Kostenbeiträge in Höhe von 690 EUR (2010) bzw. 790 EUR (ab 2011) zu leisten.

Aufgabenerfüllung und Kommunikation mit Bedarfsträgern

bewahrte die von den Kinderbeiständen nach Beendigung der Bestellung übermittelten Dokumentationsblätter lediglich auf. Eine systematische Auswertung etwa für Evaluationszwecke der Einrichtung Kinderbeistand erfolgte bisher nicht.

16.2 (1) Der RH stellte fest, dass die Justizbetreuungsagentur den Auftrag des BMJ, mindestens 100 geeignete Kinderbeistände bereitzustellen und diese zusätzlich fachlich auszubilden, zahlenmäßig erfüllte. Er empfahl der Justizbetreuungsagentur allerdings, im Zuge künftiger Ausschreibungen von Kinderbeiständen auf deren optimierte regionale Verteilung zu achten und bestehende Lücken zu schließen, um auch in entlegeneren Regionen die ausreichende Versorgung gewährleisten zu können.

(2) Der RH empfahl dem BMJ sicherzustellen, dass die Gerichte die Justizbetreuungsagentur zeitnah über die Bestellung eines Kinderbeistandes bzw. deren Beendigung, etwa durch unmittelbare Übermittlung der entsprechenden Beschlüsse, informieren.

(3) Weiters empfahl er dem BMJ und der Justizbetreuungsagentur zu überprüfen, inwieweit sich die derzeitige Dokumentation der Leistungen im Bereich Kinderbeistand für eine Evaluierung der Einrichtung eignet, gegebenenfalls die Dokumentationsblätter zu adaptieren sowie nach Bestehen einer ausreichenden Datenlage eine Evaluierung vorzunehmen.

16.3 (1) *Laut Stellungnahme des BMJ habe die vollständige Gewährleistung der regionalen Verfügbarkeit von Kinderbeiständen trotz intensiver Rekrutierungsmaßnahmen noch nicht erreicht werden können. Die Ursache liege in der hohen Anzahl der benötigten Professionisten aus den vorgegebenen Quellberufen. Die Justizbetreuungsagentur begegne dieser Problemstellung durch eine gezielte Stellenausschreibung in bestimmten Regionen.*

Laut Stellungnahme der Justizbetreuungsagentur sei sie seit der Aufnahme des Geschäftsbereichs Kinderbeistand bemüht, eine optimale regionale Abdeckung zu erreichen. Eine neuerliche Ausschreibung für die Aufnahme von 50 zusätzlichen Kinderbeiständen sei unmittelbar geplant; dabei werde ein besonderes Augenmerk auf eine entsprechende regionale Streuung gelegt werden.

(2) *Das BMJ teilte mit, dass der Bestellungsbeschluss der Justizbetreuungsagentur zugestellt werden könne, allerdings müsse der Kinderbeistand schon aus seiner vertraglichen Verpflichtung heraus die Justizbetreuungsagentur über seine Bestellung informieren. Auch die*