

Anfrage Neos – eingelangt: 16.10.2014 – Zahl: 29.01.001

Anfrage der Abgeordneten

Mag. (FH) Sabine Scheffknecht und Mag. Martina Pointner, NEOS

Herrn
Landesrat Dr. Christian Bernhard
Landhaus
6900 Bregenz

Bregenz, 15.10.2014

**Anfrage gem § 54 der GO des Vorarlberger Landtages:
Geplante Errichtung einer Hospizstation im Sanatorium Mehrerau**

Sehr geehrter Herr Landesrat Dr. Bernhard!

Im Koalitionsabkommen zwischen ÖVP und Grünen ist festgehalten, dass im Sanatorium Mehrerau eine Hospizstation errichtet wird, was wir grundsätzlich als sinnvoll erachten.

Da dieses Vorhaben, wie den Medien zu entnehmen war, jedoch bedingt, dass das seit vielen Jahren praktizierte Belegarztsystem in der Mehrerau eingestellt wird, ergeben sich daraus eine Vielzahl von Veränderungen, und es werden sich nicht zuletzt die Fallzahlen in den anderen Krankenhäusern des Landes um die in der Mehrerau behandelten Fälle erhöhen.

In Zeiten des Ärztemangels steht das Land zudem vor der Herausforderung, die bisher in der Mehrerau tätigen Mitarbeiter_innen und Belegärzt_innen für den Vorarlberger Arbeitsmarkt zu erhalten und einer Abwanderung ins (nahgelegene) Ausland vorzubauen. Mitarbeiter_innen und Belegärzt_innen wurden jedoch weder in die Planungen mit einbezogen noch zeitgerecht – dies wäre aus unserer Sicht zumindest vor Bekanntgabe der Vorhaben in den Medien – über die getroffenen Entscheidungen informiert.

Auch wird kolportiert, dass das Sanatorium in den letzten Jahren insgesamt eine (zu) niedrige Auslastung verzeichnet und hohe Abgänge verursacht hat, ohne dass von den Verantwortlichen rechtzeitig lenkend eingegriffen wurde.

Vor diesem Hintergrund erlauben wir uns folgende

Anfrage

1. Wie viele Patient_innen wurden in den Jahren 2010 bis 2014 im Sanatorium Mehrerau durch Belegärzt_innen einerseits und in der Nachsorgestation andererseits behandelt? Wie viele Belegtage fielen in dieser Zeit in der Belegstation bzw. in der Nachsorgestation an?
2. Wie viele operative Eingriffe wurden in den Jahren 2010 bis 2014 im Sanatorium Mehrerau durchgeführt – aufgeteilt in tagesklinische Eingriffe und Eingriffe mit stationärem Aufenthalt?
3. Wie sollen und können diese Fallzahlen künftig auf die Landeskrankenhäuser verteilt werden? Verfügen die Landeskrankenhäuser über ausreichend OP- und Betten-Kapazitäten sowie insbesondere über entsprechende tagesklinische Strukturen, um diese Fallzahlen zeitnah abzuwickeln?
4. Wie wollen Sie gewährleisten, dass Schwerpunktabteilungen durch Klein(st)eingriffe, wie sie in der Mehrerau vorwiegend durchgeführt wurden, nicht unnötig blockiert werden?
5. Es wurden in den letzten Jahren insbesondere orthopädische Eingriffe vorgenommen. Gerade in diesem Bereich gab es in den LKHs sowie auch im KH Dornbirn in der Vergangenheit bzw. gibt es noch immer lange Wartezeiten. Mit welchen Maßnahmen wollen Sie verhindern, dass es zu einem (weiteren) Anstieg der Wartezeiten speziell in der Orthopädie kommt – nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass das LKH Bregenz umgebaut wird und es hier allein aus diesem Grund zu Engpässen kommen wird?
6. Warum mussten die rund 50 Mitarbeiter_innen des Sanatoriums aus den Medien erfahren, dass „ihr“ Sanatorium quasi zugesperrt wird und warum wurde in Zeiten des Ärzte- und Pflegefachkräftemangels nicht frühzeitig darauf geachtet, die Mitarbeiter_innen durch proaktive Kommunikation und einen wertschätzenden Umgang für das Land zu erhalten?
7. Sie sprachen in den Medien davon, dass die Belegärzt_inne künftig in einem Landeskrankenhaus ihrer Wahl operieren können. Wie soll dies konkret ausschauen und wie lässt sich das mit den dort vorhandenen Strukturen vereinbaren? Wird auch das KH Dornbirn miteinbezogen?
8. In den Medien wurden Sie zitiert, dass das Belegarztsystem zu „einer teuren Sache“ geworden sei: Wie hoch war denn der (bzw. ist der zu erwartende) Abgang des Sanatoriums Mehrerau in den Jahren 2010 bis 2014? Welcher

Anteil entfällt dabei auf das Belegarztsystem? Welcher auf die Nachsorgeeinheit?

9. Wer trägt für den Abgang des Sanatoriums Mehrerau die Verantwortung – immerhin hatte die KHBG seit vielen Jahren den Managementauftrag für das Sanatorium inne? Haben hier Kontrollinstanzen versagt? Wer hat für den Abgang aufzukommen?
10. Warum ist es in den letzten Jahren nicht gelungen, die Nachsorgebetten entsprechend auszulasten, obwohl in dieser Zeit z.B. das LKH Bregenz mit Kapazitätsengpässen (Gangbetten etc.) zu kämpfen hatte? Wer war (ist) für die Bettenbelegung der Nachsorgestation in der Mehrerau verantwortlich und hat diese Verantwortung offenbar nicht zufriedenstellend wahrgenommen?
11. Warum war noch in diesem Jahr eine Beratungsfirma (Ebner Hohenauer) beauftragt, das Sanatorium Mehrerau zu evaluieren, wo doch offensichtlich die grundsätzliche Ausrichtung schon seit längerem klar war? Wie lautet das Ergebnis der Analyse und warum wurde dieses nicht bereits nach deren Vorliegen publiziert? Wie hoch sind die Kosten für dieses Gutachten und wer trägt diese?

Für die fristgerechte Beantwortung unserer Anfrage bedanken wir uns im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen,

LAbg. Mag. (FH) Sabine Scheffknecht

LAbg. Mag. Martina Pointner

Frau LAbg. Mag.(FH) Sabine Scheffknecht
Frau LAbg. Mag. Martina Pointner
NEOS
Landhaus, Zimmer 381

im Wege der Landtagsdirektion

Bregenz, 06. November 2014

Betrifft: **Anfrage vom 15.10.2014, ZI. 29.01.001** - „Geplante Errichtung einer Hospizstation im Sanatorium Mehrerau“

Sehr geehrte Frau Landtagsabgeordnete Scheffknecht,
sehr geehrte Frau Landtagsabgeordnete Pointner,

Ihre gemäß § 54 der Geschäftsordnung an mich gerichtete Anfrage „Geplante Errichtung einer Hospizstation im Sanatorium Mehrerau“ beantworte ich wie folgt:

Allgemeine Vorbemerkungen

Höhere Qualitätsanforderungen bei Privatkrankeanstalten

Das Krankenhaus Sanatorium Mehrerau ist eine private gemeinnützige Krankenanstalt. Für Privatkrankeanstalten wurden erst im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012), beschlossen von der Bundesgesundheitskommission am 23. November 2012, Strukturqualitätskriterien festgelegt. Eine Analyse der Abteilung Gesundheit und Sport (IVb) im Frühjahr 2014 ergab, dass mangels schriftlicher Belegarztverträge nicht alle Qualitätskriterien überprüft werden konnten (zB Erreichbarkeiten von Belegärzten bei Zwischenfällen, Visiten), jedenfalls aber bei den überprüfbaren Qualitätskriterien etwa ein Drittel der Leistungen der Belegärzte des Jahres 2013 nicht leistungsmatrixkonform erbracht wurden und somit nicht den Qualitätsanforderungen des ÖSG 2012 entsprachen.

Die Einhaltung der neuen Qualitätsvorschriften stellte an das KH Sanatorium Mehrerau große Herausforderungen. Dies insbesondere deshalb, weil im Unterschied zu sonstigen Privatkrankeanstalten sich das Leistungsspektrum der Belegärzte nicht auf eine oder einige wenige medizinische Fachbereiche konzentrierte, sondern sich auf insgesamt sieben

Fachgebiete verteilte (Orthopädie, Gynäkologie, Augenheilkunde, Chirurgie, HNO, Urologie, Plastische Chirurgie).

Aufgrund der neuen Qualitätsvorschriften ist die Durchführung ganzer Operationsgruppen nicht mehr zulässig; im Februar 2014 wurde deshalb die Durchführung von Tonsillektomien im KH Mehrerau ausdrücklich untersagt.

Versorgungswirksamkeit des KH Sanatorium Mehrerau im Belegarztbereich

Von den im KH Sanatorium Mehrerau durchgeführten Leistungen der Belegärzte fallen 64% in den Fachbereich Orthopädie, 15% in den Fachbereich Gynäkologie, jeweils 7% in den Fachbereich Augenheilkunde und Chirurgie, 3% in den Fachbereich HNO und jeweils 2% in den Fachbereich Urologie sowie Plastische Chirurgie.

Mit Ausnahme der Orthopädie und der Gynäkologie beträgt der Anteil der in der Mehrerau erbrachten Leistungen durch Belegärzte am Gesamtvolumen der in den Vorarlberger Krankenanstalten erbrachten Leistungen weniger als 1,5%.

Bettenstruktur, Auslastung, Verweildauer und Abgangsentwicklung

Spitalbehördlich bewilligt sind im KH Sanatorium Mehrerau 20 Transferbetten und 30 Belegbetten. Im Jahr 2013 lag die Auslastung bei lediglich 62%. Zu beachten ist dabei, dass im Durchschnitt überhaupt nur 8,7 Betten mit Belegpatienten ausgelastet werden konnten.

Die Verweildauer lag im orthopädischen Bereich um 48% über dem entsprechenden Verweildauermittelwert in öffentlichen Krankenanstalten.

Lediglich 9% der durchgeführten Operationen in der Mehrerau bedingen einen stationären Aufenthalt, 85% können tagesklinisch erbracht werden und 6% sind dem ambulanten Bereich zuzuordnen.

Der Abgang stieg von 2010 bis 2014 um 49% (von 1,86 Mio. Euro auf 2,78 Mio. Euro).

Zu Frage 1: Wie viele Patientinnen wurden in den Jahren 2010 bis 2014 im Sanatorium Mehrerau durch Belegärztinnen einerseits und in der Nachsorgestation andererseits behandelt? Wie viele Belegtage fielen in dieser Zeit in der Belegstation bzw. in der Nachsorgestation an?

In den Jahren 2010 bis 2014 1. HJ wurde folgende Anzahl an Patientinnen und Patienten in der Mehrerau behandelt:

2010:	1.553	Belegpatienten	610 Nachsorgepatienten
2011:	1.459	Belegpatienten	612 Nachsorgepatienten
2012:	1.308	Belegpatienten	672 Nachsorgepatienten
2013:	1.131	Belegpatienten	758 Nachsorgepatienten
2014 1. HJ:	628	Belegpatienten	365 Nachsorgepatienten

Die Anzahl der Belagstage im KH Sanatorium Mehrerau belief sich im Jahr 2010 auf 13.941, im Jahr 2011 auf 12.728, im Jahr 2012 auf 12.221, im Jahr 2013 auf 12.311. Für das Jahr 2014 liegen noch keine endgültigen Daten vor, im Budget 2014 wird mit 13.200 Belagstagen gerechnet.

Die Verweildauer stieg von 2010 bis heute von 5,6 Belagstagen auf 7 Belagstage, somit um 24%. Die Anzahl der stationären Aufnahmen sank von 2.487 im Jahr 2010 auf 2.135 im Jahr 2013, somit um 23,6%.

Laut Gutachten *Ebner/Hohenauer* vom Oktober 2014 zeigen die Leistungszahlen des KH Sanatorium Mehrerau einen deutlich negativen Trend. Während der Rückgang bei den Aufnahmen über 20% beträgt, sinken die Belagstage weniger stark, weil sich die Verweildauer – im Unterschied zu allen anderen Krankenhäusern im Land – deutlich erhöht.

Zu Frage 2: Wie viele operative Eingriffe wurden in den Jahren 2010 bis 2014 im Sanatorium Mehrerau durchgeführt – aufgeteilt in tagesklinische Eingriffe und Eingriffe mit stationärem Aufenthalt?

Im Krankenhaus Sanatorium Mehrerau wurde in den Jahren 2010 bis 2014 die nachfolgende Anzahl an operativen Eingriffen durchgeführt; der tagesklinische Anteil und die tagesklinischen Fälle werden im Klammersausdruck dargestellt:

2010:	1.410	(28%; nämlich 397 Fälle)
2011:	1.524	(30%; nämlich 457 Fälle)
2012:	1.361	(33%; nämlich 454 Fälle)
2013:	1.258	(37%; nämlich 463 Fälle)
2014 1. HJ:	638	(36%; nämlich 232 Fälle)

Eine Gegenüberstellung mit dem Bundestagesklinikatalog zeigt jedoch, dass der tagesklinische Anteil bei den erbrachten operativen Leistungen viel höher hätte sein können und die Patientinnen und Patienten unverhältnismäßig und offenkundig unnötig lange stationär im Krankenhaus Mehrerau untergebracht waren. In den Jahren 2010 bis 2014 hätte folgender Anteil an den durchgeführten operativen Leistungen tagesklinisch erbracht werden können:

2010:	82%; nämlich 1.158 Fälle
2011:	86%; nämlich 1.306 Fälle
2012:	83%; nämlich 1.136 Fälle
2013:	85%; nämlich 1.075 Fälle
2014 1. HJ:	88%; nämlich 559 Fälle

Die Steigerung von tagesklinisch erbringbaren Leistungen anstelle von stationären Aufenthalten ist seit vielen Jahren Ziel der österreichweiten Gesundheitspolitik und auch im Bundes- und Landeszielsteuerungsvertrag verankert.

Zu Frage 3: Wie sollen und können diese Fallzahlen künftig auf die Landeskrankenhäuser verteilt werden? Verfügen die Landeskrankenhäuser über ausreichend OP- und Bettenkapazitäten sowie insbesondere über entsprechende tagesklinische Strukturen, um diese Fallzahlen zeitnah abzuwickeln?

Laut Auskunft der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH wurden in den Landeskrankenhäusern Hohenems und Bludenz neue Strukturen für die steigenden Anforderungen an den tagesklinischen Bereich geschaffen und dafür ausgelegt.

Zu Frage 4: Wie wollen Sie gewährleisten, dass Schwerpunktabteilungen durch Klein(st)eingriffe, wie sie in der Mehrerau vorwiegend durchgeführt wurden, nicht unnötig blockiert werden?

Für Klein- und Kleinsteingriffe bieten sich hauptsächlich die bereits erwähnten tagesklinischen Strukturen in den Landeskrankenhäusern Hohenems und Bludenz, aber auch Bregenz und Dornbirn an.

Darüber hinaus bedürfen eine beträchtliche Anzahl der im Krankenhaus Sanatorium Mehrerau angebotenen Kleinsteingriffe keiner tagesklinischen Struktur, sondern können in der Facharztpraxis durchgeführt werden.

Zu Frage 5: Es wurden in den letzten Jahren insbesondere orthopädische Eingriffe vorgenommen. Gerade in diesem Bereich gab es in den LKHs sowie auch im KH Dornbirn in der Vergangenheit bzw. gibt es noch immer lange Wartezeiten. Mit welchen Maßnahmen wollen Sie verhindern, dass es zu einem (weiteren) Anstieg der Wartezeiten speziell in der Orthopädie kommt – nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass das LKH Bregenz umgebaut wird und es hier allein aus diesem Grund zu Engpässen kommen wird?

Die angesprochenen Wartezeiten betreffen in erster Linie geplante Eingriffe im Bereich der Endoprothetik bei Patienten mit chronischer, teilweise schon mehrjährig bekannter Symptomatik. Solche Eingriffe werden überwiegend am Schwerpunktkrankenhaus Feldkirch und im Krankenhaus Dornbirn durchgeführt.

Aufgrund der guten Zusammenarbeit zwischen den Fachabteilungen des LKH Bregenz ist sichergestellt, dass der Unfallchirurgischen Abteilung ihre Bettenkapazität während der gesamten Bauphasen praktisch unverändert zur Verfügung steht.

Somit wird es laut Auskunft der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH - durch eine dem Spektrum und der Kapazität angepassten Verteilung der im Sanatorium durchgeführten Eingriffe an die primär tagesklinisch ausgerichteten Strukturen - zu keinem Anstieg von Wartezeiten im Bereich der elektiv-orthopädischen Endoprothetik kommen.

Zu Frage 6: Warum mussten die rund 50 Mitarbeiterinnen des Sanatoriums aus den Medien erfahren, dass „ihr“ Sanatorium quasi zugesperrt wird und warum wurde in Zeiten des Ärzte- und Pflegefachkräftemangels nicht frühzeitig darauf geachtet, die Mitarbeiterinnen

durch proaktive Kommunikation und einen wertschätzenden Umgang für das Land zu erhalten?

Die Neuausrichtung des Krankenhauses Sanatorium Mehrerau war Inhalt der Regierungsverhandlungen und wurde ins Arbeitsprogramm der neuen Vorarlberger Landesregierung aufgenommen. Die Publikation des Arbeitsprogrammes erfolgte eine Woche vor der – seit längerem bereits anberaumten – Mitarbeiterinformation. Dies führte zu einer Berichterstattung in den Printmedien, bedauerlicherweise zeitlich vor der Mitarbeiterinformation.

Zu Frage 7: Sie sprachen in den Medien davon, dass die Belegärztinnen künftig in einem Landeskrankenhaus ihrer Wahl operieren können. Wie soll dies konkret ausschauen und wie lässt sich das mit den dort vorhandenen Strukturen vereinbaren? Wird auch das KH Dornbirn miteinbezogen?

Belegärzte sind nach den bundesrechtlichen Vorgaben nur in dislozierten Tageskliniken zulässig; diese Vorgaben wurden im § 32 Abs 3 und 5 iVm § 101 lit e Spitalgesetz umgesetzt. Dislozierte Tageskliniken sind aus Qualitätsgründen an eine Abteilung derselben Fachrichtung anzubinden (§ 8e leg cit; ÖSG 2012, Seite 27). Verantwortlich für die Leitung von Abteilungen sind die jeweiligen Primärärzte (§ 32 Abs 3 leg cit).

Im Rahmen dieser gesetzlichen Vorgaben werden mit den Belegärzten individuelle Gespräche seitens der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH geführt und Optionen einer Mitarbeit, etwa im Rahmen einer Tätigkeit als Konsiliararzt oder in Form einer Teilzeitanstellung, angeboten werden.

Die Entscheidung über die Durchführung von Leistungen der Belegärzte im Krankenhaus Dornbirn obliegt der Stadt Dornbirn.

Zu Frage 8: In den Medien wurden Sie zitiert, dass das Belegarztsystem zu „einer teuren Sache“ geworden sei: Wie hoch war denn der (bzw. ist der zu erwartende) Abgang des Sanatoriums Mehrerau in den Jahren 2010 bis 2014? Welcher Anteil entfällt dabei auf das Belegarztsystem? Welcher auf die Nachsorgeeinheit?

Der Abgang des Krankenhauses Sanatorium Mehrerau entwickelte sich von 2010 bis 2014 wie folgt:

2010:		1,86 Mio. Euro
2011:		2,05 Mio. Euro
2012:		2,24 Mio. Euro
2013:		2,33 Mio. Euro
2014:	(voraussichtlich)	2,78 Mio. Euro

Dies bedeutet eine Steigerung von jährlich durchschnittlich 10,6%, insgesamt von 2010 bis 2014 von 49%. Eine rechnerische Aufteilung des Abgangs auf den Belegarztbereich und die Nachsorgeeinheit ist nicht möglich.

Zu Frage 9: Wer trägt für den Abgang des Sanatoriums Mehrerau die Verantwortung – immerhin hatte die KHBG seit vielen Jahren den Managementauftrag für das Sanatorium inne? Haben hier Kontrollinstanzen versagt? Wer hat für den Abgang aufzukommen?

Ebner/Hohenauer kommen in ihrem Gutachten zur Auffassung, dass Privatkrankenanstalten wie die Mehrerau in der Regel nur bei einem sehr hohen Sonderklasse-Anteil kostendeckend führbar sind. Für einen Großteil der PRIKRAF-Krankenanstalten ist die Sonderklassezuzahlung Voraussetzung für die Aufnahme. Diese wird entweder durch eine Zusatzversicherung abgedeckt, oder muss vom Patienten selbst erbracht werden. Auch historisch waren positive wirtschaftliche Ergebnisse für das Sanatorium Mehrerau nur dann möglich, wenn ein überwiegender Teil der Aufnahmen über die Sonderklasse abgerechnet werden konnte.

Die Analyse von *Ebner/Hohenauer* ergibt, dass der Anteil der Sonderklasse-Belegung in der Mehrerau mit 7% der Betten bzw 11% der Belagstage in den letzten Jahren sehr gering war. Der Sonderklasseanteil lag sogar unter dem Anteil der Bevölkerung mit Zusatzversicherung. Durch diesen geringen Sonderklasseanteil ergeben sich natürlich sehr geringe Einnahmen je Patient. Die Belegärzte sind laut *Ebner/Hohenauer* „entscheidend für den Betriebserfolg (bzw Abgang) im Sanatorium, sie übernehmen derzeit keine wirtschaftliche Verantwortung im Sinne einer Risikobeteiligung im Sanatorium“.

Generell nicht steuerbar war für die Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH, ob und in welchem Umfang die Belegärzte Leistungen im KH Sanatorium Mehrerau durchführten. Die Auswahl der Belegärzte oblag in der Praxis dem Chefarzt. Schriftliche Verträge mit den Belegärzten gab es nicht. Mögliche Maßnahmen, welche zu einer Verbesserung der Organisation aber auch Klarstellung der Verantwortung hinsichtlich der Qualität beitragen hätten können, wie etwa die Abfassung von Belegarztverträgen in Schriftform, wurden vom Chefarzt und von den Belegärzten abgelehnt.

Ebenfalls nicht vorstellbar war den Vertretern der Belegärzte die Führung der Belegbetten auf eigene Kosten und eigenes Risiko.

Insgesamt kann von einer „Schuldzuweisung“ für die schlechte wirtschaftliche Entwicklung des Krankenhauses Sanatorium Mehrerau aufgrund der komplexen externen Faktoren Abstand genommen werden.

Der Abgang bis zur Höhe von 1,89 Mio. Euro wird vom Land und den Gemeinden getragen; insoweit der Abgang dieses Ausmaß übersteigt, trägt das Land den Abgang allein.

Zu Frage 10: Warum ist es in den letzten Jahren nicht gelungen, die Nachsorgebetten entsprechend auszulasten, obwohl in dieser Zeit z.B. das LKH Bregenz mit

Kapazitätsengpässen (Gangbetten etc.) zu kämpfen hatte? Wer war (ist) für die Bettenbelegung der Nachsorgestation in der Mehrerau verantwortlich und hat diese Verantwortung offenbar nicht zufriedenstellend wahrgenommen?

Die im RSG vorgegebenen RNS-Betten samt den damit verbundenen, im ÖSG definierten Leistungsmatrizen lassen Patienten, die einer Behandlung an einer Fachabteilung eines Akutkrankenhauses bedürfen, per se nicht zu. An eine Nachsorgeeinheit können somit nur Patienten transferiert werden, deren fachspezifisch-medizinische Behandlung weitgehend abgeschlossen ist bzw. welche keiner weiterführenden fachspezifisch diagnostischen Leistung oder stark spezialisierter medikamentöser Therapie mehr bedürfen.

Seitens des LKH Bregenz wurden somit hauptsächlich Patienten nach Eingriffen mit Funktionseinbußen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparates, Patienten mit chronisch therapieresistenten Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates bzw. Schmerzzustände sowie Patienten nach internistischen und chirurgischen Erkrankungen mit längerer Rekonvaleszenzdauer transferiert. Von Nichtwahrnehmung von Verantwortung kann in diesem Zusammenhang nicht gesprochen werden.

Zu Frage 11: Warum war noch in diesem Jahr eine Beratungsfirma (Ebner Hohenauer) beauftragt, das Sanatorium Mehrerau zu evaluieren, wo doch offensichtlich die grundsätzliche Ausrichtung schon seit längerem klar war? Wie lautet das Ergebnis der Analyse und warum wurde dieses nicht bereits nach deren Vorliegen publiziert? Wie hoch sind die Kosten für dieses Gutachten und wer trägt diese?

Das Gutachten von *Ebner/Hohenauer* wurde Mitte März 2014 in Auftrag gegeben und beinhaltet eine Datenerhebung und Informationssammlung der Ist-Situation, die Verarbeitung der gesammelten Daten und eine daraus resultierende (Erst-) Einschätzung und erste Hypothesen zu Optimierungsmaßnahmen. Diese wurden im Rahmen von Plausibilisierungsgesprächen validiert. Schlussendlich wurde an Hand eines Bewertungsrasters, eine Konzeption von (alternativen) Optimierungsmaßnahmen erstellt. Die Projektergebnisse wurden in einem Abschlussbericht dokumentiert. Die Kosten für die „Analyse der wirtschaftlichen Situation Krankenhaus Sanatorium Mehrerau und Ausarbeitung eines Optimierungskonzeptes“ belaufen sich einschließlich der damit zusammenhängenden weiteren notwendigen Begleitung durch *Ebner/Hohenauer* auf 26.985,- Euro zzgl USt. Diese Kosten werden von der zuständigen Fachabteilung im Amt der Vorarlberger Landesregierung getragen.

Die grundsätzliche Ausrichtung des Krankenhauses Sanatorium Mehrerau war zum Zeitpunkt der Auftragsvergabe an *Ebner/Hohenauer* noch nicht klar. Es sollten mehrere Varianten der Weiterführung geprüft werden; diese wurden in Gesprächen ua auch mit folgenden Personen validiert: dem Herrn Chefarzt, dem für Belegärzte zuständigen Vertreter der Ärztekammer und mit dem Ehemann einer der geschätzten Anfragerinnen, Herrn Dr. Josef Pointner.

Zum Vorschlag von *Ebner/Hohenauer* zur Sollstruktur verweise ich auf die Anlage. Der Endbericht wurde von Ebner/Hohenauer im Oktober 2014 dem Amt der Vorarlberger Landesregierung übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen

Landesrat
Dr. Christian Bernhard

4 Vorschlag zur Sollstruktur

Basierend auf den o.a. Überlegungen wird folgende Soll-Struktur vorgeschlagen:

- | | |
|--------------------|--|
| Gebäude | <ul style="list-style-type: none"> ▪ da die Übergabe des Baurechtsvertrages an einen Immobilienentwickler seitens der Abtei abgelehnt wird, verbleibt der zukünftig wertangepasste Baurechtsvertrag bei der GmbH; diese GmbH wird von Land und Caritas übernommen ▪ die GmbH entwickelt / betreibt die Immobilie |
| Leistungen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospizleistungen entsprechend Bedarf in Vorarlberg ▪ Vermietung der weiteren Flächen an Gesundheitsdienstleister (Fachärzte, Physiotherapeuten etc.) |
| Investition | <ul style="list-style-type: none"> ▪ für die Investitionen im Bereich Hospiz gibt es einen Kostenbeitrag der Caritas ▪ Investitionen in den weiteren Bereichen sollten durch Mieteinnahmen abgedeckt werden |
| Betreiber | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreiber der Hospizleistungen ist die Caritas aus der Gesellschafterrolle heraus (Kostendeckung für med. Leistungen und Medikamente durch SV, restl. Betriebskosten sollten durch den Sozial- bzw. Landesgesundheitsfond [Land und Gemeinden] gedeckt werden) ▪ für die weiteren Flächen ist die GmbH Vermieter, die Leistungserbringung erfolgt durch die Mieter (Gesundheitsdienstleister) |
| Risiko | <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Abgangsdeckung Krankenversorgung im Sanatorium (Land und Gemeinden) entfällt ▪ Hospizleistungen werden im Land Vorarlberg mittelfristig jedenfalls anzubieten sein, damit ist dieser Kostenbeitrag seitens des Sozial- bzw. Landesgesundheitsfonds perspektivisch nicht zu vermeiden ▪ die Aufgabenzuordnung der Immobilienentwicklung an die seitens Land und Caritas getragene GmbH ist nicht ideal, da dort keine entsprechende Immobilienentwicklungs-kompetenz besteht, aber ein (notwendiger) Kompromiss in der Einigung mit der Abtei |