

Anfrage

der LAbg. KO Claudia Gamon MSc (WU), LAbg. Mag. Katharina Fuchs und
LAbg. Fabienne Lackner

Frau Landesrätin Martina Rüscher MBA MSc
Landhaus
6900 Bregenz

Bregenz, am 19.03.26

Anfrage gem. § 54 der GO des Vorarlberger Landtages: Wenn die Spitäler am Limit sind – wird das Gesundheitssystem selbst zum Patienten?

Sehr geehrte Frau Landesrätin,

die medizinische Versorgung in Vorarlberg steht unter spürbarem Druck – und das aus zwei Richtungen gleichzeitig. Einerseits werden stationäre Aufenthalte kürzer, intensiver oder tagesklinisch erfolgen. Das erhöht die Anforderungen an Personal und Organisation massiv. Andererseits führt ein stark beanspruchter niedergelassener Kassenarztbereich dazu, dass immer mehr Patient:innen, die sich den Gang zum Wahlarzt nicht leisten können, in den Krankenhäusern landen. Die Folge: steigende Belastung, volle Stationen und Personal am Limit.

So prägen vielerorts erschöpfte Ärzt:innen und Pflegekräfte den Alltag. Patient:innen warten lange auf Behandlungen, Betten können trotz Bedarf nicht belegt werden, weil Personal fehlt. Tragische Einzelfälle zeigen immer wieder, dass Überlastung keine abstrakte Größe ist, sondern reale Folgen für die Patientensicherheit haben kann.¹

Die Ursachen dafür sind vielschichtig. Fachkräftemangel, hohe Überstundenbelastung und schwierige Arbeitsbedingungen. Hinzu kommt ein strukturelles Problem: Ein erheblicher Teil der Arbeitszeit im Gesundheitswesen geht für Bürokratie verloren. Zeit und Aufmerksamkeit, die eigentlich für Patient:innen gebraucht würden. Gleichzeitig steht seit Jahren der Kostendruck im Vordergrund. Laut regionalem Strukturplan Gesundheit Vorarlberg² entfallen bereits rund 48 Prozent der gesamten Ausgaben auf die Versorgung von über 65-Jährigen. Schon 2030 werden diese Ausgaben jene für unter 65-Jährige übersteigen.

Damit steht aber auch das System vor einer Zäsur: Bis 2030 gehen rund 24 Prozent der Spitalsärzt:innen in Pension. In der Pflege und Betreuung wird ein Mehrbedarf von über 2.400 Fachkräften erwartet. Selbst im niedergelassenen Bereich steht bis 2028 ein erheblicher Teil der Ärzt:innen vor dem Ruhestand. Während neue Versorgungsmodelle wie Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten (PVE) als zentraler Baustein der Lösung gelten, hält die Realität nicht Schritt mit dem Bedarf, denn der Ausbau der PVE kommt nur schleppend voran.³

¹ <https://www.derstandard.at/story/3000000311928/fehldiagnosen-im-spital-wenn-passiert-was-nicht-passieren-darf>

² <https://vorarlberg.at/documents/302033/472833/Regionaler+Strukturplan+Gesundheit+%28RSG%29+Vorarlberg+2030.pdf/b8b90ce4-786d-361b-1253-38ece39d1bee?t=1768381837222>

³ <https://vorarlberg.orf.at/stories/3321159/>

Das Gesundheitssystem ist eine der tragenden Säulen unserer Gesellschaft – doch diese Säule beginnt zu bröckeln. Wenn Spitäler zur Auffangstruktur für Versorgungsdefizite werden und das Personal dauerhaft am Limit arbeitet, geht es längst nicht mehr nur um zusätzliches Personal. Entscheidend ist, wie Patient:innenströme besser gesteuert, der niedergelassene Bereich gestärkt und die Versorgungsstrukturen in Vorarlberg insgesamt zukunftsfit aufgestellt werden.

Vor diesem Hintergrund stellen wir hiermit gemäß § 54 der Geschäftsordnung des Vorarlberger Landtages folgende

ANFRAGE

- 1) Welche konkreten Maßnahmen setzt das Land Vorarlberg derzeit, um Patient:innenströme im Gesundheitssystem gezielt zu steuern?
 - a) Welche Rolle spielen dabei die telefonische Gesundheitsberatung 1450 und die Gesundheitsapp Xsund (Xsund - die Vorarlberger Gesundheitsapp) und wie wirksam sind diese?
- 2) Welche strategischen Zielsetzungen hat das Land im Hinblick auf die gezielte Lenkung von Patient:innenströmen im Sinne von "digital vor ambulant vor stationär" definiert? Mit der Bitte um Angabe, welche konkrete Zahl wie und bis wann erreicht werden soll.
- 3) Wie werden finanzielle Steuerungsinstrumente des Landes eingesetzt, um eine Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu fördern?
- 4) Wie hoch ist der Anteil an Behandlungen, die potenziell auch außerhalb von Krankenhäusern durchgeführt werden könnten?
- 5) Liegt eine systematische Analyse zu fehlgesteuerten Patient:innenströmen vor, und wenn ja, welche zentralen Fehlentwicklungen wurden identifiziert?
- 6) Welche Maßnahmen sind geplant, um Fehlsteuerungen (z. B. unnötige Spitalsaufenthalte) zu reduzieren?
- 7) Gibt es Erhebungen, was diese Fehlsteuerungen (z. B. unnötige Spitalsaufenthalte oder Aufenthalt aufgrund eines fehlenden Pflegebettes) jedes Jahr an Kosten verursachen?
- 8) Wie lange sind die durchschnittlichen Wartezeiten auf planbare Operationen in den Bereichen Chirurgie, Orthopädie, Augen, Gynäkologie und Urologie, und wie haben sich diese in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte differenziert nach Fachbereichen darstellen)?
- 9) Wie viele Operationen mussten in den letzten drei Jahren aufgrund von Personalmangel verschoben oder abgesagt werden?
- 10) Welche Unterschiede bestehen bei Wartezeiten zwischen Kassen- und Privatleistungen, und wie bewertet das Land diese Unterschiede?
- 11) Wie hoch ist aktuell der tatsächliche Personalbedarf in der Pflege im Vergleich zum Ist-Stand?
- 12) Welche Erkenntnisse liegen dem Land über den Anteil administrativer Tätigkeiten bei Pflegepersonal und Ärzt:innen vor, und wie hoch wird dieser Anteil konkret eingeschätzt?
- 13) Welche Rolle spielt die Digitalisierung bei der Entlastung des Personals, und welche konkreten Digitalisierungsprojekte befinden sich derzeit in Umsetzung oder Planung (inkl. Zeitplan und Zielsetzung)?
- 14) Wie viele Primärversorgungszentren bestehen derzeit in Vorarlberg?
 - a) Welche weiteren Standorte sind geplant und sollen in welchem Zeitrahmen umgesetzt werden?
- 15) Wie viele geplante Primärversorgungseinheiten konnten bisher nicht umgesetzt werden und aus welchen Gründen?
- 16) Wie wird die Qualität der Versorgung im niedergelassenen Bereich im Vergleich zum stationären Bereich gemessen und sichergestellt?
- 17) Wie viele unbesetzte Stellen gibt es aktuell in den einzelnen Landeskrankenhäusern (mit der Bitte um Auflistung nach den Bereichen Ärzt:innen / Pflege / Verwaltung)?
- 18) Wie viele Betten in den einzelnen Abteilungen der Landeskrankenhäuser stehen derzeit für die Betreuung von Patient:innen nicht zur Verfügung?
- 19) Wie viele Überstunden wurden in den letzten fünf Jahren jeweils pro Jahr in den Landeskrankenhäusern für Ärzte und diplomierte Pflegekräfte an den Abteilungen Allgemeine Chirurgie / Unfallchirurgie / Orthopädie / Augenabteilung abgerechnet?

- 20) Wie viele Personalabgänge gab es seit Januar 2020 jeweils in den Häusern der Krankenhausbetriebsgesellschaft (mit der Bitte um Auflistung nach Kalenderjahr, Berufsgruppe – Ärztlicher Dienst, Pflege – und Geschlecht)?
- 21) Gibt es Erhebungen zu den Hauptgründen für diese Personalabgänge (z. B. Pensionierung, Eigenkündigung, Vertragsende, Auflösung durch Arbeitgeber)?
 - a) Wenn ja, wie stellen sich diese Zahlen dar?
 - b) Was waren die Hauptgründe für diese Abgänge?
 - c) Gibt es eine systematische Erfassung der Gründe?
- 22) Wie viele der im gleichen Zeitraum freigewordenen Arztstellen konnten innerhalb welcher durchschnittlichen Zeitspanne nachbesetzt werden?
- 23) Gibt es externe Audits oder Evaluierungen, die die Arbeitsbedingungen, Personalfluktuaton oder die Auswirkungen auf die Patient:innensicherheit regelmäßig überprüfen? Wenn ja, wann zuletzt und mit welchen Ergebnissen?

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

Mit freundlichen Grüßen

LAbg. KO Claudia Gamon MSc (WU)

LAbg. Mag. Katharina Fuchs

LAbg. Fabienne Lackner

Frau Landtagsabgeordnete KO
Claudia Gamon MSc (WU)
Landtagsklub – NEOS
Landhaus
6901 Bregenz

Frau Landtagsabgeordnete
Mag. Katharina Fuchs
Landtagsklub – NEOS
Landhaus
6901 Bregenz

Frau Landtagsabgeordnete
Fabienne Lackner
Landtagsklub – NEOS
Landhaus
6901 Bregenz

im Wege der Landtagsdirektion

Bregenz, am 9. April 2026

Betreff: Anfrage vom 19. März 2026, Zl. 29.01.195 – Wenn die Spitäler am Limit sind – wird das Gesundheitssystem selbst zum Patienten?

Sehr geehrte Frau Landtagsabgeordnete KO Gamon,
sehr geehrte Frau Landtagsabgeordnete Fuchs,
sehr geehrte Frau Landtagsabgeordnete Lackner!

Ihre gemäß § 54 der Geschäftsordnung des Vorarlberger Landtages an mich gestellte Anfrage beantworte ich wie folgt:

Zu Frage 1: Welche konkreten Maßnahmen setzt das Land Vorarlberg derzeit, um Patient:innenströme im Gesundheitssystem gezielt zu steuern?

a) Welche Rolle spielen dabei die telefonische Gesundheitsberatung 1450 und die Gesundheitsapp Xsund (Xsund - die Vorarlberger Gesundheitsapp) und wie wirksam sind diese?

Die Umsetzung des in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens definierten Prinzips „digital vor ambulant vor stationär“ und somit die Optimierung der Patient:innenströme bzw. -wege erfolgt gemeinsam auf Bundesebene durch Zusammenarbeit zwischen den Zielsteuerungspartnern Bund, Ländern und

Amt der Vorarlberger Landesregierung

Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz, Österreich | www.vorarlberg.at | www.vorarlberg.at/datenschutz
martina.ruescher@vorarlberg.at | T +43 5574 511 24000

Sozialversicherung. Das Land Vorarlberg kann somit nicht isoliert betrachtet werden, sondern ist als Zielsteuerungspartner an der Umsetzung dieses Leitprinzips beteiligt.

Das Land Vorarlberg arbeitet auf Bundesebene in mehrere Arbeitsgruppen mit, um Maßnahmen und Projekte zur Steuerung der Patient:innenströme zu erarbeiten. Übergreifendes Ziel dieser Arbeitsgruppen ist, die Patient:innenlenkung zu optimieren und damit den Zugang zu bedarfsgerechten Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern und diesen effizienter zu gestalten.

Eine wesentliche Rolle kommt bei der Patientenlenkung der Gesundheitsberatung 1450 zu. Die Gesundheitsberatung 1450 als zentrale, niederschwellige Anlaufstelle im Gesundheitssystem soll gestärkt und weiter ausgebaut werden, um als eine Art Navigationsinstrument die Patient:innen zum „Best Point of Service“ zu lenken. 1450 soll maßgeblich dazu beitragen, die richtigen Gesundheitsdienste für die Patient:innen zum richtigen Zeitpunkt bereitzuhalten. Anrufende Personen erhalten eine fundierte Ersteinschätzung und werden gezielt in die geeignete Versorgungsebene gesteuert (Selbstversorgung, niedergelassener Bereich, Bereitschaftsdienst oder Krankenhaus). Dadurch wird eine Entlastung des Gesundheitssystems, insbesondere der Spitalsambulanzen, angestrebt.

Österreichweit wurden 2025 305.165 Gesundheitsberatungen (sog. 2nd-Level-Leistung) durchgeführt, Vorarlbergweit wurden 2025 21.098 Gesundheitsberatungen von 1450 vorgenommen. Gesamt wurde im Jahr 2025 in Vorarlberg 54.301 Mal 1450 angerufen, wobei eine Vielzahl der Anrufe durch den sogenannten 1st-Level, welcher allgemeine Auskünfte wie z. B. Auskünfte zu Öffnungszeiten von Ärzten erteilt, erledigt werden konnten.

In der Sitzung der Bundes-Zielsteuerungskommission am 12.12.2025 wurde ein österreichweit einheitliches Basisangebot von der Gesundheitsberatung 1450 beschlossen, welches in allen Bundesländern flächendeckend zur Verfügung stehen soll. Ziel ist es, die Weiterentwicklung von 1450 österreichweit voranzutreiben, um ein abgestimmtes und bundesländerübergreifend möglichst homogenes Angebot zu schaffen.

Die Gesundheitsapp Xsund ergänzt das Angebot der Gesundheitsberatung 1450 im digitalen Bereich. Sie bietet unter anderem Informationen zu Versorgungsangeboten. Insgesamt haben 4.510 Personen die Xsund-App installiert. Im Durchschnitt interagieren 473 Nutzer der Android-App monatlich mindestens einmal oder mehrmals mit der App, die Zahl ist nur auf Android-Nutzer:innen bezogen, da Apple keine Daten über die App-Nutzung liefert. Die Xsund-Homepage wird im Schnitt pro Tag ca. 2.000 Mal aufgerufen.

Zu Frage 2: Welche strategischen Zielsetzungen hat das Land im Hinblick auf die gezielte Lenkung von Patient:innenströmen im Sinne von „digital vor ambulant vor stationär“ definiert? Mit der Bitte um Angabe, welche konkrete Zahl wie und bis wann erreicht werden soll.

Wie bereits unter Punkt 1 ausgeführt, ist das Land Vorarlberg als Zielsteuerungspartner an der Umsetzung der Ziele, die in der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens definiert sind, aktiv beteiligt und arbeitet in diesem Rahmen in diversen Arbeitsgruppen auf Bundesebene mit.

Im Projektlenkungsausschuss „1450, Telemedizinische Angebote und Terminservices“ werden in Bezug auf die Themenfelder Gesundheitsberatung 1450, Telemedizinische Angebote und Terminservices gemeinsame Lösungen zur Lenkung der Patient:innenströme erarbeitet.

Die Arbeit des Projektlenkungsausschusses zielt auf die Stärkung des extramuralen Bereichs durch die Umsetzung von telemedizinischen Angeboten im extramuralen Bereich, die Stärkung der ambulanten Versorgung durch Erarbeitung eines bundesweit einheitlichen Plans für den Auf- und Ausbau von telemedizinischen Angeboten (z.B. Videokonsultationen, digitale Gesundheitsanwendungen) und die Optimierung der Patient:innenströme und -wege im Sinne von „digital vor ambulant vor stationär“ durch die Gesundheitsberatung 1450 und die Ermöglichung von Terminservices ab.

Zudem gilt anzumerken, dass mit 01.02.2026 von der Gesundheit Vorarlberg GmbH, an der die ÖGK, die KHBG und das Land Vorarlberg beteiligt sind, die Gesundheitsberatung 1450 operativ übernommen wurde, um die Gesundheitsberatung weiterzuentwickeln und damit Steuerungsfunktionen wahrzunehmen. Das Angebot der 1450 soll weiter ausgebaut werden, um eine effiziente Patientenlenkung weiter zu forcieren. Hinsichtlich der Zahlen zur Gesundheitsberatung 1450 wird auf die Beantwortung der Frage 1 verwiesen.

Insgesamt ist die Inanspruchnahme der Gesundheitsberatung 1450 schwer zu prognostizieren. Sie hängt maßgeblich von den Services ab, die von der 1450 – über das Basisangebot der „Dringlichkeitsberatung“ hinaus – mitangeboten werden, wie zB die Verbindung mit telemedizinischen Angeboten und der Möglichkeit zur Rezeptausstellung, die Möglichkeit zur Terminbuchung bei Spitalambulanzen und niedergelassenen Ärzten.

Zu Frage 3: Wie werden finanzielle Steuerungsinstrumente des Landes eingesetzt, um eine Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu fördern?

Im Zuge der FAG-Verhandlungen konnten für die Laufzeit 2024 bis 2028 unter anderem zusätzliche Mittel für Strukturreformen und zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs ausverhandelt werden, die der Bund den Ländern bzw. Landesgesundheitsfonds zur Verfügung stellt.

Vorarlberg erhält aus diesem Titel gemäß Art. 31 Abs. 1 Z 2 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der Periode 2024 bis 2028 gesamt rund EUR 122 Mio.

Von diesen zusätzlichen Mitteln ist gemäß Art. 31 Abs. 3 Z 2 ab 2025 ein jährlicher Mindestanteil für Strukturreformen und zur Stärkung des **spitalsambulanten** Bereichs einzusetzen. Dieser Anteil steigt jedes Jahr deutlich an und beläuft sich in der Periode 2024 bis 2028 auf mindestens EUR 48,8 Mio.

Mittel gem. Art. 31 15aVB OF 2023							
		Jahr 2024	Jahr 2025	Jahr 2026	Jahr 2027	Jahr 2028	
Österreich	100%	550.000.000	577.500.000	603.500.000	629.400.000	656.500.000	3.016.900.001
Vorarlberg	4,0470%	22.258.500	23.371.425	24.423.645	25.471.818	26.568.555	122.093.943
Mindestanteil für Strukturreformen und zur Stärkung spitalsamb Bereich*							
		Jahr 2024	Jahr 2025	Jahr 2026	Jahr 2027	Jahr 2028	
Österreich		0	150.000.000	300.000.000	350.000.000	407.000.000	1.207.000.000
Vorarlberg	4,0470%	0	6.070.500	12.141.000	14.164.500	16.471.290	48.847.290

Für das Jahr 2025* werden Strukturreformen und die Stärkung des **spitalsambulanten** Bereichs beispielsweise für den Neubau der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie Rankweil, für die Neuausrichtung der Gesundheitsberatung 1450, die extramurale Dialyseversorgung, Projekte im Bereich eHealth, Erstversorgungsambulatorien sowie für den Ausbau der Diabetesversorgung mit gesamt über EUR 10 Mio. gefördert. Diese Mittel werden zusätzlich zu bereits bestehenden Initiativen und Projekten eingesetzt.

*Buchungsschluss 20.10.2026

Zu Frage 4: Wie hoch ist der Anteil an Behandlungen, die potenziell auch außerhalb von Krankenhäusern durchgeführt werden könnten?

Im Ambulanzbereich zeigt sich aus der evaluierten Praxis, dass zwischen 50 Prozent und rund zwei Drittel der Kontakte der Patient:innen (Selbstzuweiser), welche die Krankenhausambulanz aufsuchen, im niedergelassenen Bereich adäquat behandelt werden könnten. Diese Aussage basiert auf der Einschätzung des medizinischen Personals im Krankenhaus. Die Hauptmotive der Patient:innen, eine Spitalambulanz aufzusuchen, liegen laut Studie in der subjektiven Einschätzung, dass es im Krankenhaus schneller und einfacher geht sowie in der Qualitätserwartung. Außerdem bieten die Spitalambulanzen Rund-um-die-Uhr Öffnungszeiten an 365 Tagen des Jahres, während im niedergelassenen Bereich keine verlässliche Transparenz bezüglich der Öffnungs- und Abwesenheitszeiten vorliegt.

Im Falle von Interventionen bzw. Operationen könnten (und werden teilweise auch) verschiedenste Eingriffe extramural durchgeführt werden. Anzuführen sind hier exemplarisch: Intravitreale Injektionen mit Anti-Vascular Endothelial Growth Factor, Kataraktoperationen mit Linsenimplantation, Parazentesen, Koloskopien (inkl. Polypenabtragung), Curettagen, Arthroskopien, Karpaltunneloperationen, etc.

Informationen über die Höhe des Anteiles an Interventionen bzw. Operationen, die potentiell auch außerhalb von Krankenhäusern durchgeführt werden könnten, liegen dem Vorarlberger Landesgesundheitsfonds nicht vor.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass für die adäquate Leistungserbringung im entsprechenden Setting (stationärer Bereich, tagesklinischer Spitalsbereich, intramuraler-ambulanter Bereich, extramuraler-ambulanter Bereich) verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein sollten. So müssen neben den medizinischen Voraussetzungen auch die fachlichen, finanziellen sowie organisatorischen Voraussetzungen vorhanden sein.

Zu Frage 5: Liegt eine systematische Analyse zu fehlgesteuerten Patient:innenströmen vor, und wenn ja, welche zentralen Fehlentwicklungen wurden identifiziert?

Im Jahr 2010 wurde im Auftrag des Landes und weiteren Systempartnern eine Analyse der Vorarlberger Spitalsambulanzen als Anlaufstelle für Selbstzuweisungen durchgeführt, die zum Ergebnis gekommen ist, dass in rund 120.000 Fällen pro Jahr in Vorarlberg Selbstzuweisungen erfolgt sind, wovon etwas mehr als die Hälfte fehlallokiert waren.

Darüber hinaus gilt anzumerken, dass eine solche systematische Analyse des Gesundheitssystems eine Aufgabe des Bundes wäre. Eine derartige Analyse auf Bundesebene ist uns nicht bekannt.

Die Evaluierung des Erstversorgungsambulatoriums am LKH Bregenz hat beispielsweise ergeben, dass im Zeitraum Oktober 2024 bis August 2025

- nur 0,1 % der Patient:innen der Dringlichkeitsstufe 1 („sofort“) zugewiesen wurden und ca. 5 % der Stufe 2 („sehr dringend“);
- ca. 64 % der Patient:innen in die Dringlichkeitsstufe 4 („normal“) oder 5 („nicht dringend“) eingestuft wurden;
- für knapp die Hälfte der Patient:innen (48 %) die Behandlung mit dem Besuch der EVA abgeschlossen war. Weitere 17 % wurden an niedergelassene Fach- und Allgemeinmediziner verwiesen.

Zu Frage 6: Welche Maßnahmen sind geplant, um Fehlsteuerungen (z. B. unnötige Spitalsaufenthalte) zu reduzieren?

Siehe Beantwortung der Frage 1.

Zu Frage 7: Gibt es Erhebungen, was diese Fehlsteuerungen (z. B. unnötige Spitalsaufenthalte oder Aufenthalt aufgrund eines fehlenden Pflegebettes) jedes Jahr an Kosten verursachen?

Alle Vorarlberger Landeskrankenhäuser sowie das Krankenhaus der Stadt Dornbirn erheben in regelmäßigen Abständen (alle zwei Monate) „Fehlbelegungen“ nach folgender Methodik:

Zum definierten Stichtag werden in allen öffentlichen Krankenhäusern Vorarlbergs jene Patient:innen erhoben, die aktuell aus medizinischen Gründen entlassungsfähig sind (nicht mehr gegebene Spitalspflichtigkeit), die aber aufgrund einer nicht gesicherten Nachbetreuung in einer Pflegeeinrichtung oder im häuslichen Umfeld über diesen Tag hinaus weiterhin stationär bleiben mussten. Die Erhebung wird von der Pflege in Absprache mit den stationsführenden Ärzt:innen durchgeführt.

In den letzten drei Erhebungen vom 4.3.2026, 8.1.2026 und 5.11.2025 ergab sich ein landesweiter Prozentanteil zwischen fünf und sieben Prozent der belegten Betten als potentielle Fehlbelegungen. Eine konkrete monetäre Bewertung der Mehrkosten liegt nicht vor.

Zu Frage 8: Wie lange sind die durchschnittlichen Wartezeiten auf planbare Operationen in den Bereichen Chirurgie, Orthopädie, Augen, Gynäkologie und Urologie, und wie haben sich diese in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte differenziert nach Fachbereichen darstellen)?

Die aktuellen Wartezeiten der Landeskrankenhäuser und des KH Dornbirn sind generell auf folgenden Internetseiten veröffentlicht:

- <https://krankenhaus.dornbirn.at/patienten/warteliste-operationen>
- <https://www.landeskrankenhaus.at/gesundheitsunternehmen/zahlen-und-fakten/wartelisten>

Krankenhaus der Stadt Dornbirn (Angabe in Monaten/Wochen):

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Orthopädie - Endoprothetik	6 – 8 Monate	6 – 8 Monate	7 – 9 Monate	8 – 10 Monate	13 – 15 Monate	14 – 16 Monate
Orthopädie - Fußchirurgie	3 – 5 Monate	3 – 5 Monate	4 – 7 Monate	5 – 8 Monate	6 – 9 Monate	6 – 9 Monate
Augen – Katarakt Vertragsarzt Dr. Kunze	ca. 12 Monate	ca. 13 Monate	ca. 14 Monate	ca.16 Monate	17 - 18 Monate	17 - 18 Monate
Allgemein- und Viszeralchirurgie: - je nach Eingriff und Dringlichkeit	ca. 6 – 8 Wochen	ca. 6 – 8 Wochen	ca. 6 – 8 Wochen	ca. 6 – 8 Wochen	ca. 6 – 8 Wochen	ca. 6 – 8 Wochen
Gynäkologie: je nach Eingriff und Dringlichkeit	ca. 6 – 8 Wochen	ca. 6 – 8 Wochen	ca. 6 – 8 Wochen	ca. 6 – 8 Wochen	ca. 6 – 8 Wochen	ca. 6 – 8 Wochen

Krankenhausbetriebsgesellschaft (Angabe in Wochen):

		2021	2022	2023	2024	2025	2026
LKHF	Orthopädie - Endoprothetik	16,9	16,9	25,8	28,3	27,0	33,0
	Orthopädie - stabilisierende Wirbelsäulen-OP	12,5	13,6	12,6	13,3	12,3	9,7
	Neurochirurgie Bandscheiben-OP	8,1	8,1	8,9	9,7	13,2	20,7
	Augen - Katarakt	49,2	60,5	65,8	52,1	22,8*	18,3*
	Urologie - elektive Eingriffe	13,6	18,1	18,8	21,9	24,5	24,3
	Gynäkologie - Eingriffe am Uterus	10,1	11,5	7,6	10,9	10,8	12,7
LKHB	Orthopädie - Endoprothetik	37,0	30,7	21,1	16,0	18,9	17,7
	Urologie - elektive Eingriffe	9,0	8,0	11,0	12,3	17,5	21,0
	Gynäkologie - Eingriffe am Uterus	7,0	8,3	12,4	9,7	16,1	18,0
LKHZ	Gynäkologie - Eingriffe am Uterus	6,1	5,3	5,5	10,5	8,8	6,0

* Für medizinisch nicht dringliche Indikationen für eine Katarakt-OP wird eine Anmeldequeue geführt.

Zu Frage 9: Wie viele Operationen mussten in den letzten drei Jahren aufgrund von Personalmangel verschoben oder abgesagt werden?

Krankenhaus der Stadt Dornbirn:

Laut dem OP-Management gab es keine Verschiebungen/Absagen aufgrund von Personalmangel. Alle sechs OP-Säle laufen in der Kernarbeitszeit in Vollauslastung. Genaue Daten bzw. Aufzeichnungen über die letzten drei Jahre liegen zu dieser Fragestellung jedoch nicht vor.

Verschiebungen/Absagen ergeben sich bei geplanten Operationen aufgrund von Akuteingriffen.

Krankenhausbetriebsgesellschaft:

Da Reduktionen aufgrund von Personalmangel im Vorhinein geplant werden, sind normalerweise keine Verschiebungen notwendig, da für diese Zeiträume gar keine elektiven Operationen eingeplant werden.

Wenn sich Lücken (z.B. durch Ausfall von geplanten Operationen) ergeben, so werden diese genutzt und Patient:innen, die auf einen elektiven Operationstermin warten, früher eingeplant. Es ist jederzeit sichergestellt, dass akute und medizinisch dringliche Operationen (z.B. Tumorchirurgie) zeitnahe durchgeführt werden.

Zu Frage 10: Welche Unterschiede bestehen bei Wartezeiten zwischen Kassen- und Privatleistungen, und wie bewertet das Land diese Unterschiede?

Krankenhaus der Stadt Dornbirn:

Das Krankenhaus der Stadt Dornbirn verweist hierzu auf die „Patientenreihung bei zu geringer OP-Kapazitäten“:

Patientenreihung bei zu geringer OP-Kapazitäten:

1. medizinische Dringlichkeit (Nachteile für den Patient bei verzögerter Behandlung?)
2. Schmerzausmaß (z.B. nur mehr Krückenmobilität gegeben, etc.)
3. gesunde Patienten ohne Nebenerkrankungen können bei ungeplanten Ausfällen von anderen Patienten als sogenannte „Standby-Patienten“ kurzfristig einspringen, damit die vorhandenen OP-Kapazitäten vollumfassend genutzt werden können.
4. Verfügbarkeit des spezialisierten ärztlichen Personals (Hüfte, Hüft-Revision, Knie, Knie-Revision, Knorpelchirurgie, Fußchirurgie, Kinderorthopädie) in Zusammenschau mit dem verfügbaren OP-Slot
5. berufstätige Patienten mit bereits bestehender Arbeitsunfähigkeit

Krankenhausbetriebsgesellschaft:

Die Einplanung von elektiven Eingriffen erfolgt im OP-Planungsprogramm in der überwiegenden Anzahl von Fällen ohne Angabe des Versicherungsstatus. Entscheidend für die Dringlichkeit eines OP-Termines ist die medizinische Notwendigkeit, nicht der Versicherungsstatus.

Zu Frage 11: Wie hoch ist aktuell der tatsächliche Personalbedarf in der Pflege im Vergleich zum Ist-Stand?

Laut Stellungnahme der KHBG befinden sich die Vorarlberger Landeskrankenhäuser aktuell in einer arbeitsmarktseitig deutlich verbesserten Ausgangslage. Im gehobenen Pflegedienst bestehe derzeit ein sehr gutes Bewerberangebot. Aktuell gebe es noch Besetzungsbedarf im Bereich der Gerontopsychiatrie, den Bettenstationen im Bereich der Unfall-Orthopädie sowie im OP-Bereich. Die KHBG geht davon aus, dass bis Herbst 2026 dieser Bedarf mit Absolvent:innen und Nostrifikant:innen gedeckt werden kann.

Das Krankenhaus der Stadt Dornbirn hat mitgeteilt, dass aufgrund der aktuell ausgeschöpften Dienstpostenpläne seitens des Krankenhauses Dornbirn ein ausgeglichener Soll-Ist-Stand festgestellt werden kann. Seit längerer Zeit würden keine vakanten Dienstposten im Pflegebereich bestehen bzw. können offene Stellen zeitnah nachbesetzt werden. Dadurch komme es weder im OP noch an den postoperativ besonders wichtigen Schnittstellen, den bettenführenden Abteilungen aus pflegefachlicher Sicht zu einem Patientenrückstau aufgrund personeller Engpässe.

Mit Blick auf die Zukunft darf in diesem Zusammenhang auf den kürzlich veröffentlichten Bericht Pflege und Sozialbetreuung 360° verwiesen werden, in welchem eine Prognose für das Jahr 2035 errechnet wurde. Folgende pensionsbedingten Ersatzbedarfe und Zusatzbedarfe aufgrund demografischer Entwicklungen wurden dabei – insgesamt und über alle Settings hinweg – errechnet:

- Ersatzbedarf: 1.510 Personen bzw. 1.102 VZÄ
- Zusatzbedarf: 1.149 Personen bzw. 778 VZÄ

Im Bereich der Krankenanstalten gestaltet sich der Mehrbedarf bis 2035 wie folgt:

- Ersatzbedarf: 446 VZÄ
- Zusatzbedarf: 350 Personen

Zu Frage 12: Welche Erkenntnisse liegen dem Land über den Anteil administrativer Tätigkeiten bei Pflegepersonal und Ärzt:innen vor, und wie hoch wird dieser Anteil konkret eingeschätzt?

Dem Land liegen dazu keine Daten vor.

Krankenhausbetriebsgesellschaft:

Die Planung und Dokumentation medizinischer und pflegerischer Tätigkeiten, die den höchsten Anteil an den administrativen Aufgaben des ärztlichen und pflegerischen Personals ausmacht, ist eine sehr wichtige Kerntätigkeit des ärztlichen und pflegerischen Personals. Zur Sicherung der Behandlungskontinuität in der Betreuung von Patient:innen ist eine gute Dokumentation unumgänglich, ebenso zur Qualitätssicherung. Nicht ohne Grund gibt es dazu auch klare rechtliche Vorgaben.

Es gibt keine Möglichkeit, den Anteil an administrativer Tätigkeit von Ärzten und Pflegepersonal gezielt zu erheben oder auszuwerten, eine seriöse Abschätzung dieses Anteils ist deshalb nicht möglich. Der Anteil an administrativen Arbeiten ist zwar in den vergangenen Jahren angestiegen, die Anforderungen an die medizinische und pflegerische Dokumentation aber auch deren Qualität sind jedoch deutlich höher als früher, was den Patient:innen direkt zugutekommt.

Auch wenn die Dokumentation eine wesentliche Kerntätigkeit der Ärzt:innen und des Pflegepersonals darstellt, gibt es bestimmte Anteile, in denen eine Entlastung möglich ist. Dafür wurde bereits vor Jahren die neue Berufsgruppe der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationsassistenten geschaffen. Diese übernehmen einen spürbaren Anteil der administrativen Tätigkeiten und entlasten damit Ärzte und Pflegepersonal bei administrativen Tätigkeiten deutlich.

Zu Frage 13: Welche Rolle spielt die Digitalisierung bei der Entlastung des Personals, und welche konkreten Digitalisierungsprojekte befinden sich derzeit in Umsetzung oder Planung (inkl. Zeitplan und Zielsetzung)?

Krankenhaus der Stadt Dornbirn:

Wir setzen uns vielschichtig mit der Digitalisierung auseinander, um so das medizinische Personal zu entlasten: Zum Beispiel durch die Einführung KI-unterstützter digitaler Spracherkennung für Ärzt:innen. So können Aufgaben schneller erledigt werden, auch am Wochenende, und der Arztbrief ist „just in time“ fertig. Die Umsetzung läuft bereits. Eine Gesamtumstellung soll schrittweise erfolgen.

Insbesondere im Bereich der Radiologie ist die Digitalisierung weit fortgeschritten. Auch die radiologischen Befunde externer Partner können bis Sommer über eine Schnittstelle direkt ins System übernommen werden.

Weitere geplante Schritte sind:

KI-Unterstützung für das medizinische Personal im Bereich der Leistungs- und Diagnosecodierungen. Ziel ist es, dass vom ärztlichen Diktat mittels Spracherkennung bis zur fertigen Leistungs- und Diagnosecodierungen ein umfänglicher KI-unterstützter Prozess umgesetzt ist. Ein konkreter Zeitplan liegt nicht vor.

Diese Informationen beziehen sich ausschließlich auf das medizinische Personal zur Entlastung von administrativen Tätigkeiten.

Krankenhausbetriebsgesellschaft:

Die Digitalisierung spielt bereits jetzt eine sehr große Rolle bei der Entlastung des Personals und in Zukunft wird es noch deutlich mehr technische Möglichkeiten der Digitalisierung geben.

Digitalisierung ist seit Jahren ein Kernthema in den Vorarlberger Landeskrankenhäusern, bei dem wir österreichweit bereits mehrfach Vorreiter waren. So waren wir 2004 das erste Bundesland, das ein digitales Radiologieinformationssystem eingeführt und von Röntgenfilmen auf digitale radiologische Bildgebung umgestellt hat (RIS/PACS). Ein weiteres Beispiel ist die Einführung der digitalen Pathologie im vergangenen Jahr oder die KI-gestützte Berechnung von Bestrahlungsfeldern in der Strahlentherapie, die mittels dieser neuen Technologie deutlich schneller und zielgerichteter erfolgen kann.

Aktuell erfolgt die Ausrollung des digitalen Diktats. Bereits seit Jahren konnten z.B. Arztbriefe digital diktiert werden, allerdings wurden dabei sogenannte „digitale Konserven“ erstellt, die anschließend von Mitarbeitenden im Schreibbüro angehört und abgetippt werden mussten. Dies ist mit der jetzt ausgerollten Form des Diktats nicht mehr notwendig, das gesprochene Diktat steht sofort direkt in Textform zur Verfügung.

In Zukunft werden neue digitale Technologien, vor allem KI-Anwendungen weitere deutliche Entlastungen bringen, z.B. im Bereich Befundung in der Radiologie. Bedeutende Veränderungen wird es durch den Einsatz von KI-Funktionen auch bei der medizinischen und pflegerischen Dokumentation geben. Davon werden alle Bereiche des Krankenhauses betroffen sein und profitieren können. Es erfolgt dazu aktuell eine Markterkundung, erste Use-Cases wurden in Workshops mit Mitarbeiter:innen der IT, Ärzt:innen und Pflegepersonal bereits präsentiert und als sehr positiv bewertet. So können Arztbriefe zukünftig KI-gestützt zusammengestellt werden – die Prüfung und Freigabe erfolgt weiterhin durch einen Arzt. Die Erfassung von Vitaldaten wie Blutdruck, Puls, Temperatur usw. kann vom Pflegepersonal mittels Tablets diktiert werden – die Werte werden dann automatisch in der Fieberkurve zum richtigen Zeitpunkt vermerkt. Die Planung des Pflegeprozesses kann KI-unterstützt deutlich schneller erfolgen – die Prüfung und Freigabe der geplanten Pflegeinterventionen erfolgt weiterhin durch Pflegepersonen. Zielsetzung ist eine möglichst zeitnahe Umsetzung der bereits jetzt verfügbaren neuen Technologien, ein konkreter Zeitplan zur Umsetzung kann aktuell noch nicht angegeben werden. Stark abhängig ist dies auch von den verfügbaren finanziellen Möglichkeiten. Für die notwendige Phase der Ausschreibung bis zur Produktauswahl ist mit ungefähr 12 Monaten Dauer zu rechnen, eine flächendeckende Umsetzung könnte in ca. 1 – 1,5 Jahren erfolgen.

Zu Frage 14: Wie viele Primärversorgungszentren bestehen derzeit in Vorarlberg?

a) Welche weiteren Standorte sind geplant und sollen in welchem Zeitrahmen umgesetzt werden?

In Vorarlberg bestehen derzeit drei Primärversorgungszentren: jeweils eine Allgemeinmedizinische PVE in Bregenz-Vorkloster und Hohenems sowie eine Pädiatrische PVE in Dornbirn.

Ein konkretes Projekt zur Etablierung einer PVE in Feldkirch Stadt befindet sich derzeit in Abklärung, die Umsetzung wäre frühestens im Jahr 2027 möglich.

Zu Frage 15: Wie viele geplante Primärversorgungseinheiten konnten bisher nicht umgesetzt werden und aus welchen Gründen?

Alle Primärversorgungsprojekte, die über den Status einer „Konzeptidee“ hinausgekommen sind und durch ein Umsetzungskonzept konkretisiert wurden, konnten umgesetzt werden.

Zu Frage 16: Wie wird die Qualität der Versorgung im niedergelassenen Bereich im Vergleich zum stationären Bereich gemessen und sichergestellt?

Die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich fällt nicht in die Zuständigkeit der Vorarlberger Landesregierung.

Zur Qualitätssicherung im stationären Bereich wird Folgendes mitgeteilt:

Neben dem Gesundheitsqualitätsgesetz bilden eine Vielzahl von weiteren Rechtsgrundlagen die Basis für die Qualitätsarbeit in den Krankenanstalten, unter anderem: das Vorarlberger Spitalgesetz, das Vorarlberger Landesgesundheitsfondsgesetz, die Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. Zielsteuerung-Gesundheit, der Bundeszielsteuerungsvertrag, das Ärztegesetz 1998, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Arzneimittelgesetz, das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen als Grundlage für die Dokumentation insbesondere von Diagnosen und Leistungen im gesamten ambulanten und stationären Versorgungsbereich, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, der Österreichische Strukturplan Gesundheit oder das Medizinproduktegesetz.

Neben der in jeder Krankenanstalt eingerichteten Qualitätssicherungskommission (Aufgaben: Maßnahmen der Qualitätssicherung initiieren, fördern und unterstützen, die Krankenhausleitung in Fragen der Qualitätssicherung zu beraten und konkrete Handlungsempfehlungen zu entwickeln) werden weitere Instrumente angewendet bzw. an Projekten teilgenommen (siehe auch <https://qualitaet-gesundheit.gv.at/>):

Qualitätsberichterstattung:

Krankenanstalten sind an der Teilnahme verpflichtet. Von der Gesundheit Österreich GmbH werden in regelmäßigen Abständen Informationen zu verschiedenen Qualitätsthemen, wie etwa zu Qualitätsmodellen, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen oder zum Beschwerde- und Risikomanagement der Krankenanstalten, über eine zugangsgeschützte Web-Plattform erfasst. Diese Eingaben werden danach anonymisiert, in österreichweiten Berichten zusammengefasst und über die Website der Qualitätsplattform (siehe <https://qualitaetsplattform.goeg.at/#/home>) veröffentlicht.

Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI):

A-IQI ist ein System zur Messung der Versorgungsqualität in den Krankenanstalten. Dabei werden grundsätzlich Routinedaten als Datenbasis herangezogen, die aus dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) stammen. Es sind unterschiedliche Arten von Indikatoren integriert (z.B. reguläre Qualitätsindikatoren, Zusatzauswertungen, Qualitätsregister), welche sich in Datengrundlage und Beobachtungszeitraum unterscheiden. Die Indikatoren dienen dazu, statistische Auffälligkeiten in den Datenquellen zu identifizieren. Aufbauend darauf werden im Rahmen von Peer-Review-Verfahren gemeinsam mit den Verantwortlichen des jeweiligen Krankenhauses qualitätsverbessernde Maßnahmen erarbeitet. Ein Teil der Qualitätsindikatoren wird ebenfalls in Deutschland und der Schweiz erhoben und ermöglicht so einen internationalen Vergleich. Ausgewählte Auswertungen aus A-IQI werden auf kliniksuche.at übersichtlich dargestellt.

Qualitätsregister:

Für die Qualitätsmessung (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) sind grundsätzlich Routinedaten als Datenbasis heranzuziehen. Ist die Routinedokumentation für eine umfassende Qualitätsmessung zu einem bestimmten Themengebiet nicht ausreichend und die Weiterentwicklung dieser nicht zufriedenstellend möglich, können subsidiäre Datenquellen herangezogen werden, bspw. in Form eines Registers. Deshalb führt die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz aktuell drei Qualitätsregister:

- das Stroke-Unit-Register
- das Herzchirurgie-Register
- Herzschrittmacher-, ICD- und Loop-Recorder-Register

In den jeweiligen Registern werden qualitätsrelevante Daten erhoben, um daraus Qualitätsindikatoren zu berechnen, welche unter anderem im Rahmen von A-IQI weiterbearbeitet werden.

Austrian Healthcare-Associated Infections (A-HAI):

Als Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen (healthcare-associated infections, kurz HAI) werden Infektionen bezeichnet, die ursächlich in Zusammenhang mit einer Behandlung in einer Gesundheitseinrichtung (z.B. Krankenanstalt, Pflegeeinrichtung, Arztpraxis etc.) stehen, bei Behandlungsbeginn noch nicht vorhanden und auch nicht in der Inkubationsphase waren. Viele Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen können durch adäquate Infektions- und Kontrollmaßnahmen vermieden werden. A-HAI (Austrian healthcare associated infections) ist ein Projekt zur bundesweiten und einheitlichen Erfassung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen in Krankenanstalten. Ziele sind u.a. die Inzidenz zu senken, Bewusstsein für Infektionen zu schaffen und Verbesserungsprozesse zu ermöglichen. Durch die Erfassung von HAI unter Verwendung einheitlicher, EU-kompatibler Indikatoren, werden nationale sowie internationale Vergleiche ermöglicht. Neben dem jährlichen A-HAI Bericht steht den Anwenderinnen und Anwendern das sogenannte A-HAI Feedbacktool zur Verfügung.

Sektorenübergreifende Patientenbefragung:

Die Einschätzung der Patientinnen und Patienten zu den Stärken, Defiziten bzw. Verbesserungsmöglichkeiten der Gesundheitsversorgung liefert wertvolle Inputs für die Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen. Die Werkzeuge, die für die Erhebungen dieser Einschätzungen verwendet werden, werden als Patient-reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-reported Experiences Measures (PREMs) bezeichnet. Im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission erhebt die Gesundheit Österreich GmbH in regelmäßigen Abständen die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit dem Gesundheitssystem. Von Interesse sind dabei insbesondere deren Erfahrungen mit den Abläufen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsbereichen, das heißt im Übergang von einem Bereich in den anderen. Die erste sektorenübergreifende Patientenbefragung fand 2015 statt. Bei der zweiten Welle der sektorenübergreifenden Patientenbefragung im Jahr 2022 haben 2.306 Personen teilgenommen.

Hierbei wurde wie auch 2015 erneut die Qualität der Behandlung und der Information sowie die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsdienstleister beurteilt.

Zu Frage 17: Wie viele unbesetzte Stellen gibt es aktuell in den einzelnen Landeskrankenhäusern (mit der Bitte um Auflistung nach den Bereichen Ärzt:innen / Pflege / Verwaltung)?

Nach Auskunft der KHBG sind aktuell 20 Stellen im Ärztebereich ausgeschrieben, 14 Stellen im Bereich Pflege und 11 Stellen in der Verwaltung. Generell halten sich temporäre Überbesetzungen und Unterbesetzungen die Waage. Offene Stellen werden laut Information der Krankenhausbetriebsgesellschaft bewusst standortübergreifend ausgeschrieben, da es oft einen Personaleinsatz auch häuserübergreifend gibt. Bei den Ausbildungsstellen im ärztlichen Bereich ist dies ohnehin notwendig, da an den meisten Standorten eine Ausbildung gar nicht voll umfänglich absolviert werden könnte. Daher erfolgt die Angabe nicht aufgeschlüsselt auf die einzelnen Landeskrankenhäuser.

Zu Frage 18: Wie viele Betten in den einzelnen Abteilungen der Landeskrankenhäuser stehen derzeit für die Betreuung von Patient:innen nicht zur Verfügung?

Krankenhausbetriebsgesellschaft:

Aktuell sind folgende Betten nicht belegbar:

LKH Bregenz:

- Innere Medizin: 1 Bett nicht verfügbar.

LKH Rankweil:

- Neurologie: 11 Betten nicht belegbar.
- Gerontopsychiatrie: 22 Betten nicht belegbar.
- Erwachsenen-Psychiatrie: 28 Betten nicht belegbar.
- Remobilisation und Nachsorge: 6 Betten nicht belegbar.

LKH Feldkirch:

- Kinderintensiv: 2 Betten nicht belegbar.
- Maria Rast: 2 Betten nicht belegbar.
- Orthopädie/Traumatologie: 28 Betten nicht belegbar.

Da sich die Personalsituation im Laufe des Jahres 2026 laufend verbessern wird (siehe Frage 11) wird auch die Anzahl an belegbaren Betten im Jahr 2026 wieder erhöht.

Zu Frage 19: Wie viele Überstunden wurden in den letzten fünf Jahren jeweils pro Jahr in den Landeskrankenhäusern für Ärzte und diplomierte Pflegekräfte an den Abteilungen Allgemeine Chirurgie / Unfallchirurgie / Orthopädie / Augenabteilung abgerechnet?

Krankenhausbetriebsgesellschaft:

Mit der Auswertung musste kostenpflichtig das Vorarlberger Rechenzentrum beauftragt werden. Eine Aufteilung ist nur in Ärzte und Pflegepersonal möglich. Eine Auswertung des Pflegepersonals nur bezogen auf DGKP ist nicht möglich.

			2021	2022	2023	2024	2025
LKH Bludenz	Chirurgie	Ärzte		40,15	12,57	100	
		Pflege	5,13	8,75			39,25
	Orthopädie / Traumatologie	Ärzte	33,9			20	156,59
		Pflege					79,88
LKH Bregenz	Chirurgie	Ärzte	414,62	149,73	702,28	242,36	950,13
		Pflege				1,45	30,62
	Orthopädie / Traumatologie	Ärzte	18,88	398,48	698	698,68	447,17
		Pflege		3,94	11,19	452,58	105,2
LKH Feldkirch	Augenheilkunde	Ärzte	1856,15	75,5		118,99	186,26
		Pflege	24,5	36,07	15,58	184,83	3,86
	Chirurgie	Ärzte	486,6	933,63	628,53	234,92	1002,68
		Pflege	86,5	200,41		135,67	
	Orthopädie / Traumatologie	Ärzte	2165,92	714,54	579	1277,88	579,62
		Pflege	40,75	1274,39	610,78	716,75	130,91
LKH Hohenem s	Chirurgie	Ärzte		51,27	20	64	51
		Pflege					
	Orthopädie / Traumatologie	Ärzte			122,95	60,78	
		Pflege					16,31

Angabe in Überstunden

Um die abgerechneten Überstunden realistisch einschätzen zu können, muss die Relation zur Gesamtarbeitszeit berücksichtigt werden. In den betreffenden Abteilungen fallen pro Jahr im Ärzte- und Pflegebereich rund 860.000 Arbeitsstunden an. So machen die Überstunden im Jahr 2025 0,44 % der Gesamtarbeitszeit aus.

Zu Frage 20: Wie viele Personalabgänge gab es seit Januar 2020 jeweils in den Häusern der Krankenhausbetriebsgesellschaft (mit der Bitte um Auflistung nach Kalenderjahr, Berufsgruppe – Ärztlicher Dienst, Pflege – und Geschlecht)?

Krankenhausbetriebsgesellschaft:

In den vergangenen fünf Jahren sind insgesamt um 285 Personen mehr eingetreten als das Unternehmen verlassen haben.

Dabei ist wichtig zu wissen, dass bei „Kündigung“ auch Mitarbeitende inkludiert sind, die zur Ausbildung bei den Vorarlberger Landeskrankenhäusern beschäftigt sind. Dies betrifft v.a. den ärztlichen Bereich. Zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich ist es jedoch unabdingbar, dass ein hoher Anteil an Ärzt:innen am Ende ihrer Ausbildung ihr Dienstverhältnis in den Vorarlberger Landeskrankenhäusern beenden und eine Stelle im niedergelassenen Bereich übernehmen.

LKH Bregenz	2021		2022		2023		2024		2025		
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	
Kündigung durch Dienstnehmer	32	12	32	13	17	4	32	4	10	9	
Kündigung durch Dienstgeber	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Fristablauf	9	11	9	6	7	1	14	12	15	9	
Einvernehmliche Auflösung	4	2	9	2	8	2	6	3	7	5	
Entlassung	2	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
Pensionierung und berechtigte Austritte	12	3	9	5	10	5	7	5	1	4	
Tod	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	Summe
Austritte gesamt	59	28	59	27	42	13	60	24	35	30	377
Eintritte gesamt	86	18	67	21	64	22	77	38	57	23	473
Δ	27	-10	8	-6	22	9	17	14	22	-7	96

LKH Feldkirch	2021		2022		2023		2024		2025		
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	
Kündigung durch Dienstnehmer	51	20	78	37	64	23	67	19	50	23	
Kündigung durch Dienstgeber	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Fristablauf	16	7	16	8	11	12	14	9	21	7	
Einvernehmliche Auflösung	13	6	6	5	18	9	19	10	20	4	
Entlassung	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
Pensionierung und berechtigte Austritte	30	12	41	8	38	14	33	14	39	13	
Tod	0	1	0	1	0	0	2	1	0	1	Summe
Austritte gesamt	111	46	142	59	132	58	135	54	130	49	916
Eintritte gesamt	134	49	141	64	210	73	195	63	172	51	1152
Δ	23	3	-1	5	78	15	60	9	42	2	236

LKH Rankweil	2021		2022		2023		2024		2025		
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	
Kündigung durch Dienstnehmer	24	7	35	9	35	10	33	11	20	6	
Kündigung durch Dienstgeber	0	0	1	2	2	0	2	0	3	2	
Fristablauf	12	9	9	6	4	5	16	3	14	4	
Einvernehmliche Auflösung	14	3	12	4	10	5	10	6	10	4	
Entlassung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pensionierung und berechnete Austritte	21	17	11	6	7	6	8	5	9	9	
Tod	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	Summe
Austritte gesamt	71	36	68	28	58	26	69	25	56	25	462
Eintritte gesamt	62	20	65	24	79	22	89	16	64	19	460
Δ	-9	-16	-3	-4	21	-4	20	-9	8	-6	-2

LKH Hohenems	2021		2022		2023		2024		2025		
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	
Kündigung durch Dienstnehmer	8	2	19	2	11	2	19	1	18	1	
Kündigung durch Dienstgeber	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Fristablauf	4	1	2	2	0	1	2	0	0	1	
Einvernehmliche Auflösung	2	2	4	0	6	0	3	2	1	1	
Entlassung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pensionierung und berechnete Austritte	10	3	12	0	4	2	5	1	7	2	
Tod	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	Summe
Austritte gesamt	24	8	37	4	21	5	29	4	27	5	164
Eintritte gesamt	22	5	20	3	19	10	2	6	23	0	110
Δ	-2	-3	-17	-1	-2	5	-27	2	-4	-5	-54

LKH Bludenz	2021		2022		2023		2024		2025		
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	
Kündigung durch Dienstnehmer	10	1	17	6	14	6	18	5	15	2	
Kündigung durch Dienstgeber	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Fristablauf	2	1	1	1	1	0	8	2	4	0	
Einvernehmliche Auflösung	6	0	0	0	3	1	6	0	3	1	
Entlassung	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
Pensionierung und berechnete Austritte	10	12	16	9	3	5	4	2	9	7	
Tod	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	Summe
Austritte gesamt	28	14	34	17	21	12	36	12	32	12	218
Eintritte gesamt	24	11	26	4	47	9	45	16	34	11	227
Δ	-4	-3	-8	-13	26	-3	9	4	2	-1	9

Zu Frage 21: Gibt es Erhebungen zu den Hauptgründen für diese Personalabgänge (z. B. Pensionierung, Eigenkündigung, Vertragsende, Auflösung durch Arbeitgeber)?

a) Wenn ja, wie stellen sich diese Zahlen dar?

b) Was waren die Hauptgründe für diese Abgänge?

c) Gibt es eine systematische Erfassung der Gründe?

Siehe Beantwortung der Frage 20.

Zu Frage 22: Wie viele der im gleichen Zeitraum freigewordenen Arztstellen konnten innerhalb welcher durchschnittlichen Zeitspanne nachbesetzt werden?

Krankenhausbetriebsgesellschaft:

Im Ausbildungsbereich können ärztliche Stellen sehr rasch nachbesetzt werden, es bestehen sogar Wartelisten. Für spezialisierte Facharztstellen stellt sich die Situation marktabhängig und je nach Fachbereich sehr unterschiedlich dar. Eine Nachbesetzung ist in der Regel jedoch sehr zeitnahe möglich.

Zu Frage 23: Gibt es externe Audits oder Evaluierungen, die die Arbeitsbedingungen, Personalfuktuation oder die Auswirkungen auf die Patient:innensicherheit regelmäßig überprüfen? Wenn ja, wann zuletzt und mit welchen Ergebnissen?

- AIQI – jährliche Qualitätsüberprüfung mit durchwegs sehr gutem Ergebnis; in den vergangenen Jahren überdurchschnittlich positive Ergebnisse bei gelenknahen Hüftfrakturen, jedoch auch Abweichungen bei der Hüft- und Knieendoprothetik. Ein Peer Review durch externe Fachexperten brachte aber auch diesbezüglich ein gutes Ergebnis.
- Regelmäßige kontinuierliche Erhebung von Patient:innenrückmeldungen; sehr hoher Anteil an sehr zufriedenen Patient:innen
- flächendeckend umgesetztes Critical Incident Reporting System (CIRS)

- Mitarbeiterbefragung „Zfrieda schaffa“ der Arbeiterkammer zur objektiven Erhebung der Personalfriedenheit und der Arbeitsbedingungen
- Mehrere Abteilungen sind nach ISO 9001 zertifiziert und werden regelmäßig durch externe Auditoren rezertifiziert. Bisher wurden alle Audits erfolgreich abgeschlossen.

Auch aus Kostengründen setzte die KHBG aber v.a. auf interne Möglichkeiten zur Qualitätskontrolle und Evaluierung von Patient:innensicherheit und Mitarbeiterzufriedenheit.

Mit freundlichen Grüßen

Landesrätin Martina Rüscher, MBA MSc