



ANHANG
Entscheidungsträger

via donau Österreichische Wasserstraßen-Gesellschaft mbH

Aufsichtsrat

Vorsitzender

KR Walter PRINZ
(31. Jänner 2005 bis 18. Mai 2006)

Dr. Winfried SERLES
(15. Mai 2005 bis 9. Oktober 2007)

Günther HAVRANEK
(9. Oktober 2007 bis 30. Juni 2011)

Dr. Alice EPLER
(seit 30. Juni 2011)

Stellvertreter des Vorsitzenden

Mag. Dr. Martin GRAF
(28. Jänner 2005 bis 9. Oktober 2010)

Dr. Veronika KESSLER
(18. Mai 2006 bis 9. Oktober 2007)

Ferry ELSHOLZ
(seit 9. Oktober 2007)

Geschäftsführung

Dipl.-Ing. Helmut PABLÉ
(1. Jänner 2005 bis 28. März 2008)

Mag. Manfred SEITZ
(1. Jänner 2005 bis 31. Dezember 2009)

Dipl.-Ing. Peter HASENBICHLER
(seit 1. November 2008)

R
H



Bericht des Rechnungshofes

**Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des
Landes Steiermark**



Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____	126
Abkürzungsverzeichnis _____	127

BMG**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit****Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark**

KURZFASSUNG _____	129
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	140
Abgrenzung tagesklinische Leistung – sonstiger Null-Tagesfall – ambulante Leistung _____	141
Zielvorgaben _____	154
Analyse tagesklinischer Leistungen _____	157
Tagesklinisches Potenzial _____	168
Voraussetzungen für eine tagesklinische Leistungserbringung _____	173
Tageskliniken in der Steiermark _____	178
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen _____	189

ANHANG

Entscheidungsträger der überprüften Unternehmung _____	193
--	-----

Tabellen Abbildungen



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Begriffsübersicht stationäre Leistung – tagesklinische Leistung – sonstiger Null-Tagesfall – ambulante Leistung _____	142
Tabelle 2:	Verteilung der Null-Tagesfälle 2009 _____	144
Tabelle 3:	Onkologische Therapien (MEL-Gruppe 22) stationäre Aufenthalte 2006 bis 2009 _____	148
Tabelle 4:	Onkologische Therapien (MEL-Gruppe 22) nach Aufenthaltsdauer 2009 _____	149
Abbildung 1:	Erfüllungsgrad Null-Tages-Aufenthalte _____	154
Tabelle 5:	Entwicklung der Tagesklinikpatienten 2006 bis 2009 _____	157
Tabelle 6:	Entwicklung Anteil tagesklinisch behandelter Patienten an stationären Patienten gesamt 2006 bis 2009 _____	158
Tabelle 7:	Tagesklinische Leistungen 2009 (sortiert nach Häufigkeit) _____	160
Tabelle 8:	Vergleich tagesklinisch erbringbare – tagesklinisch erbrachte Leistungen für Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie 2009 _____	161
Tabelle 9:	Vergleich Tagesklinikanteile für ausgewählte Eingriffe in der Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie _____	162
Tabelle 10:	Vergleich Tagesklinikanteile Katarakt _____	163
Tabelle 11:	Vergleich Tagesklinikanteile Curettage _____	165
Tabelle 12:	Anzahl der KAGes-weiten Null-Tagesfälle nach Klasse für 2009 _____	166
Tabelle 13:	Curettagen (KAGes-weit) mit Aufenthaltsdauer von 0 bis 2 Tagen – 2009 _____	167
Tabelle 14:	Entlastungspotenziale für sechs tagesklinische Eingriffe _____	169
Tabelle 15:	Vergleich Personalkosten ausgewählter tagesklinischer Eingriffe – vollstationärer Aufenthalt _____	170
Tabelle 16:	Übersicht Tageskliniken in der Steiermark _____	178
Abbildung 2:	Darstellung Hauptprozesse (Grobstruktur) Tagesklinik LKH Fürstenfeld _____	180

Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AKH	Allgemeines Krankenhaus
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
ca.	circa
etc.	et cetera
EUR	Euro
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
i.d.R.	in der Regel
i.V.m.	in Verbindung mit
inkl.	inklusive
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KALG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz, LGBl. Nr. 66/1999 i.d.g.F.
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, BGBI. Nr. 1/1957 i.d.g.F.
KH	Krankenhaus
LDF	leistungsorientierte Diagnosefallgruppen
LGBl.	Landesgesetzblatt
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
MEL-Gruppe	Medizinische Einzelleistungsgruppe
OGH	Oberster Gerichtshof
ÖGARI	Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanima- tion und Intensivmedizin
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
OP	Operation

Abkürzungen



rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
Z	Ziffer

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark

Die sowohl für die Patienten als auch für die Krankenanstalten vorteilhafte tagesklinische Leistungserbringung war in der Steiermark nur schwach entwickelt. Trotz erfolgreicher Beispiele (z.B. Tagesklinik am Landeskrankenhaus Fürstenfeld) fehlte ein landesweites Gesamtkonzept zur tagesklinischen Leistungserbringung.

Gemessen an internationalen Vergleichen läge im Ausbau der kostengünstigen tagesklinischen Leistungen in Österreich beträchtliches Potenzial zur Entlastung des stationären Bereichs. Beispielsweise belief sich das steiermarkweite Entlastungspotenzial für Katarakt-Operationen¹ auf Basis der Planzahlen 2015 auf rd. 20.000 Belagstage (rd. 65 Betten) und für Österreich insgesamt auf rd. 123.000 Belagstage (rd. 400 Betten). Für den weiteren Ausbau sind neben der Akzeptanz der Patienten auch die Bereitschaft der Ärzte sowie eine verstärkte Koordination mit dem niedergelassenen Bereich erforderlich.

Die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. setzte im Zuge der Gebarungüberprüfung Maßnahmen zur Erhöhung des Tagesklinikanteils.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Der RH überprüfte von Oktober bis Dezember 2010 die tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark. Ziel der Gebarungüberprüfung war eine Analyse der tagesklinischen Leistungen in den Steiermärkischen Krankenanstalten. Anhand von Vergleichen der erbrachten tagesklinischen Leistungen mit den Planwerten laut dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit und internationalen Benchmarks evaluierte er das Entlastungspotenzial für den stati-

¹ grauer Star

Kurzfassung

onären Bereich. Der RH beurteilte ferner die Zweckmäßigkeit bestehender tagesklinischer Einrichtungen. (TZ 1)

Allgemeines

Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz unterscheidet grundsätzlich zwischen stationären und ambulanten Leistungen. Die stationären Leistungen wiederum untergliedern sich in Mehrtagesaufenthalte und Null-Tagesfälle. Die Null-Tagesfälle, bei denen die stationäre Aufnahme und die Entlassung am selben Tag erfolgen, können weiter in tagesklinische Leistungen, Chemotherapien und sonstige Null-Tagesfälle unterteilt werden. Die Zuordnung einer einzelnen Leistung zu einer dieser Kategorien ist entscheidend für die Höhe der Abgeltung der Leistungen. (TZ 2)

Nachfolgende Tabelle enthält einen Überblick über die einzelnen Begriffe: (TZ 2)

**Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel
des Landes Steiermark**

Begriffsübersicht stationäre Leistung – tagesklinische Leistung – sonstiger Null-Tagesfall – ambulante Leistung			
Begriff	Definition	Abgeltung	Wirkung
Stationäre Leistung	Aufnahme des Patienten in einer Krankenanstalt, Belegung eines Bettes	nach dem LKF-System: Fallpauschale (besteht aus einer Leistungs- und Tageskomponente), jeder Fallpauschale ist eine Aufenthaltsdauer zugeordnet (Belagsdaueruntergrenze und -obergrenze), innerhalb dieser Aufenthaltsdauer Abgeltung des vollen Fallpauschales	maximale Abgeltung bzw. Kostendeckung, wenn Aufenthaltsdauer so kurz wie möglich, sie muss jedoch innerhalb der Belagsdauergrößen liegen
Null-Tagesfall	Stationäre Leistung, bei der der Patient am selben Tag aufgenommen und entlassen wird		
<i>Dazu gehören:</i>			
1) Tagesklinische Leistungen	Voraussetzung: im LKF-Tagesklinik-katalog enthalten Genehmigung durch Landesgesundheits-plattform	Abgeltung jener Fall-pauschale, die der Belagsdauer von einem Tag entspricht	Abgeltung wie bei einem mehrtägigen Aufenthalt, Abgeltung fördert tagesklinische Leistungserbringung
2) Chemotherapien	Speziell definierte Null-Tagesfälle, MEL-Gruppe 22	eigene Abgeltungsregeln	Ausnahme Steiermark: Chemotherapien werden aufgrund einer Vereinbarung mit Krankenkassen weitgehend ambulant erbracht
3) Sonstige Null-Tagesfälle	alle Null-Tagesfälle, die keine tagesklinischen Leistungen und keine Chemotherapien sind, Restgröße	Leistungskomponente und 5 % der reduzierten Tageskomponente	geringe Abgeltung, um eine Verlagerung in den ambulanten Bereich zu bewirken
Ambulante Leistungen	Behandlung in Spitals-ambulanz, kein Bett wird belegt	pauschale Abgeltung, i.d.R. sehr geringe Kostendeckung	durch sehr geringe Abgeltung wird Ver-lagerung ambulanter Leistungen in stationären Bereich unterstützt

Kurzfassung

Die Abgeltungsregeln des stationären und ambulanten Bereichs hatten zum Teil widersprüchliche Anreizwirkungen. Die stationäre Abgeltung zielte darauf ab, Aufenthalte möglichst kurz zu halten und bestimmte Leistungen tagesklinisch zu erbringen sowie sonstige Null-Tagesfälle in den ambulanten Bereich zu verlagern. Die niedrige Abgeltung für ambulante Leistungen wiederum bewirkte eine Verlagerung in den stationären Bereich und damit in die entgegengesetzte Richtung. Daraus ergab sich ein Prioritätenkonflikt zwischen medizinischem Versorgungsbedarf und der dafür erzielten Abgeltung. (TZ 2)

Aufgrund der Ähnlichkeit der Leistungsinhalte und der unterschiedlichen Praxis in den Krankenanstalten war eine klare Abgrenzung zwischen den Leistungen im Null-Tagesbereich allerdings schwierig. Die tagesklinische Leistungserbringung – die Behandlung von Patienten während eines Spitalsaufenthalts von maximal einem Tag – hat sowohl für den Patienten als auch für die Krankenanstalt eine Reihe von Vorteilen, insbesondere hinsichtlich gut planbarer Organisation und aufgrund des kürzeren Spitalsaufenthalts. (TZ 2, 4)

Abgeltung der Leistungen

In Österreich wurden tagesklinische Leistungen entgegen der internationalen Praxis abgeltungstechnisch dem stationären Bereich zugeordnet. Durch die abgeltungsmäßige Gleichstellung mit einem vollstationären Aufenthalt bestand ein Anreiz, den Patienten – sofern medizinisch vertretbar – am Tag der Aufnahme auch wieder zu entlassen. Diese Form der Abgeltung war grundsätzlich geeignet, die tagesklinische Leistungserbringung zu fördern und dadurch den kostenintensiven vollstationären Bereich zugunsten des tagesklinischen Bereichs zu entlasten. Voraussetzung für die abgeltungsmäßige Gleichstellung war einerseits, dass für die Leistung eine entsprechende Position im Tagesklinikatalog vorgesehen war, und andererseits eine Genehmigung durch die Landesgesundheitsplattform. (TZ 2, 5)

Der Tagesklinikatalog umfasste genügend operative, jedoch wenige diagnostische und therapeutische Leistungen. Auf nur 20 des insgesamt 238 Positionen umfassenden Katalogs entfielen 80 % der tagesklinisch abgerechneten Leistungen. Durch die zahlreichen ungenutzten chirurgischen Positionen sowie die wenigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen war eine Anpassung des Tagesklinikatalogs an die tatsächlichen Erfordernisse notwendig. (TZ 6)

**Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel
des Landes Steiermark**

Wurde eine nicht im Tagesklinikcatalog enthaltene Leistung dennoch „tagesklinisch“ erbracht („sonstiger Null-Tagesfall“), fiel die Abgeltung im Vergleich zu einer im Tagesklinikcatalog enthaltenen Leistung gering aus. (TZ 9)

Das System der pauschalen Abgeltung ambulanter Leistungen und die damit verbundene geringe Kostendeckung (rd. 20 % für die Steiermärkischen Spitäler im Jahr 2009) unterstützten eine Verlagerung ambulanter Leistungen in den stationären Bereich. (TZ 10)

Das BMG plante, das Tagesklinikmodell mittelfristig auf solche Leistungen zu reduzieren, zu deren Erbringung eine – wenn auch zeitlich auf wenige Stunden beschränkte – stationäre Aufnahme wirklich notwendig war. Langfristig sollte das Tagesklinikmodell jedoch durch eine leistungsorientierte Abgeltung ambulanter Leistungen ersetzt werden. (TZ 11)

Das jährliche Genehmigungsverfahren zur Abrechnung tagesklinischer Leistungen bei der Gesundheitsplattform Steiermark war verwaltungsaufwendig. (TZ 12)

Chemotherapien

Bei Chemotherapien binnen eines Tages sah das Modell leistungsorientierter Krankenanstaltenfinanzierung eine spezielle Abgeltungsregel vor. (TZ 7)

In der Steiermark bestand die Möglichkeit, bestimmte, von einer entsprechenden Vereinbarung erfasste Medikamente für ambulante Chemotherapien gesondert mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse zu verrechnen, wodurch für die Krankenanstalten für diese Leistungen kein Anreiz für stationäre Aufnahmen bestand. Die Kostenrückerstattung durch die Kasse war höher als die Abgeltung für Chemotherapien nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung bzw. die allgemeine pauschale Ambulanzabgeltung. (TZ 7)

Es waren jedoch gewisse Medikamente gar nicht bzw. nicht in Kombination mit der entsprechenden Indikation von der Vereinbarung umfasst. Chemotherapien mit nicht in der Vereinbarung enthaltenen Medikamenten wurden in den Steiermärkischen Landeskrankenanstalten in der Regel dennoch ambulant erbracht und dementsprechend nur pauschal abgegolten. Das Landeskrankenhaus Fürsten-

Kurzfassung

feld hingegen nahm die Patienten in diesen Fällen stationär auf, um die höhere Abgeltung zu lukrieren. (TZ 8)

Zielvorgaben

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2010 ging bis 2015 von einem österreichweiten Tagesklinikanteil² von rd. 26 % aus. Ein Monitoring des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (auf Basis der Daten 2008) zeigte, dass der geplante Tagesklinikanteil österreichweit zu rd. 89 % und in der Steiermark lediglich zu rd. 49 % erfüllt wurde. Dies war einerseits auf die an sich geringere tagesklinische Leistungserbringung und andererseits auf die hohe Anzahl an ambulanten Chemotherapien in der Steiermark zurückzuführen. (TZ 13)

Der Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark (Stand März 2009) sah eine Steigerung des Tagesklinikanteils von derzeit unter 10 % auf ca. 15 % der stationären Leistungen bis 2015 vor. Ein steiermarkweites Gesamtkonzept zur tagesklinischen Versorgung fehlte jedoch. (TZ 13)

Die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) setzte einzelne Initiativen (z.B. Tagesklinik im Landeskrankenhaus Fürstenfeld), um dem strategischen Entwicklungsschwerpunkt „Forcierung der ambulanten und tagesklinischen Betreuung“ nachzukommen. Mit den Leitungen ihrer Krankenanstalten schloss die KAGes jährlich Zielvereinbarungen, einige davon mit Projekten zur Tagesklinik. Die Zielvereinbarungen 2011 enthielten erstmals konkrete quantifizierte Vorgaben an die Krankenanstaltsleitungen zur Erhöhung des Tagesklinikanteils. Bei den Zielvereinbarungen mit den Primarii wurden Tagesklinikprojekte nicht speziell berücksichtigt, auch nicht bei jenen Abteilungen, an denen dringender Handlungsbedarf bestand (z.B. Augenabteilung LKH Bruck an der Mur). (TZ 14, 21)

Analyse tagesklinischer Leistungen

Die Steiermark lag mit einem Anteil an tagesklinischen Leistungen von 1,5 % (2009) unter dem österreichweiten Durchschnitt (2,8 %). Auch die Steigerungsraten der letzten Jahre waren mit 15,2 % im Vergleich zu 70,1 % österreichweit (2006 bis 2009) ebenfalls auffallend gering. (TZ 15)

² berechnet anhand der Null-Tagesaufenthalte

Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark

Die häufigsten tagesklinischen Leistungen in der Steiermark – so wie auch in Österreich – waren die Katarakt-Operation, die Curettage³ sowie die Zirkumzision⁴. Bei vielen Leistungen (in den Fächern Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Augenheilkunde) erreichte die Steiermark nicht den bundesweiten Durchschnitt. (TZ 16)

Vor allem bei den Operationen an Händen und Füßen (z.B. Karpaltunnelsyndrom⁵, Ganglion⁶, Ringbandspaltung⁷) sowie an Gelenken und Knochen (z.B. Entfernung von Osteosynthesematerial) war der Tagesklinikanteil in der Steiermark gering. (TZ 17)

Aufgrund der zahlreichen und teilweise nur gering ausgelasteten (knapp über 70 %) Allgemeinchirurgischen Abteilungen in der Steiermark bestand kaum ein Handlungsdruck, den vollstationären Bereich durch eine Leistungsverlagerung in Richtung Tagesklinik zu entlasten. (TZ 17)

An der Universitäts-Augenklinik in Graz wurden mehr als 38 % aller Katarakt-Operationen tagesklinisch erbracht. Da aber weitere 41 % der Patienten eine Belagsdauer von zwei Tagen aufwiesen, bestand noch ein ungenutztes Potenzial. (TZ 18)

Steiermarkweit lag der Tagesklinikanteil bei Katarakt-Operationen jedoch nur bei rd. 19,9 % (österreichweit 24,8 %), weil im Landeskrankenhaus Bruck an der Mur nur vier von 3.267 Operationen im Jahr 2009 tagesklinisch durchgeführt wurden. (TZ 18)

Bei den Curettagen, dem häufigsten tagesklinischen Eingriff im Bereich der Frauenheilkunde, lagen vor allem die Landeskrankenhäuser Deutschlandsberg (rd. 8,9 %) und Leoben (rd. 11,2 %) sowie das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz (0 %) deutlich unter dem Tagesklinikanteil der Steiermark (rd. 21,5 %). Da etwas über 60 % der Patienten eine Belagsdauer von ein und zwei Tagen aufwiesen, bestand auch bei dieser Operation ein ungenutztes Potenzial. (TZ 19)

³ die Gewinnung bzw. Entfernung von Gewebe aus der Gebärmutterhöhle

⁴ Umschneidung und Teilentfernung der männlichen Vorhaut

⁵ ein Kompressionssyndrom des Nervus medianus im Bereich des Handgelenks

⁶ auch Überbein; gallerthaltiges Gebilde an Gelenkscapseln und oberflächlichen Sehnen, meist im Bereich des Hand- und Fußrückens

⁷ Beim so genannten schnellenden Finger handelt es sich um eine Verdickung der Beugesehne, die dann durch ein „Ringband“ im Fingergrundglied blockiert wird.

Kurzfassung

Tagesklinische Sonderklasse

Da sich die Voraussetzungen für tagesklinisch erbringbare und in Privatkrankenanstalten durchgeführte Eingriffe (z.B. planbar, risikoarm) häufig überschneiden, nutzten Sonderklasseversicherte vielfach diese Einrichtungen für derartige Eingriffe. Beispielsweise wurden im Jahr 2008 rd. 20 % aller Katarakt-Operationen in der Steiermark in einer Privatkrankenanstalt erbracht. Aus diesem Grund war die Anzahl der tagesklinischen Sonderklassepatienten in den öffentlichen Krankenanstalten gering (rd. 2,3 % Tagesklinikpatienten in der Allgemeinklasse; rd. 0,4 % Tagesklinikpatienten in der Sonderklasse). (TZ 20)

Aufgrund einer Vereinbarung zwischen der KAGes und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs konnten bei der tagesklinischen Erbringung von Leistungen in lediglich drei Fachbereichen (Augenheilkunde, plastische Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe) Sondergebühren verrechnet werden. In der Sonderklasse galt überdies eine andere Definition; eine Behandlung mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu 24 Stunden, also auch noch ein Ein-Tagesfall, war „tagesklinisch“. (TZ 20)

Tagesklinisches Potenzial

Ein Vergleich der tatsächlichen Tagesklinikanteile von sechs Eingriffen mit den Planwerten 2015 laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2010 ergab für die Steiermark ein Entlastungspotenzial von rd. 14.500 Belagstagen (rd. 50 Betten) und für Österreich insgesamt von rd. 91.500 Belagstagen (rd. 290 Betten). (TZ 22)

Unter Zugrundelegung des internationalen Benchmarks (rd. 90 %) belief sich auf Basis der Planzahlen 2015 allein für die Katarakt-Operationen das steiermarkweite Entlastungspotenzial auf rd. 20.000 Belagstage (rd. 65 Betten) und für Österreich insgesamt auf rd. 123.000 Belagstage (rd. 400 Betten). (TZ 22)

Einige Beispiele (Katarakt-Operation, ein- und zweiseitige Varizenoperation⁸, Hämorrhoiden⁹) zeigten, dass die tagesklinische Behandlung kostengünstiger war. Besonders deutlich waren die Kostenunterschiede bei der Katarakt-Operation mit Gesamtkosten von rd. 665 EUR für einen tagesklinischen Aufenthalt und 1.322 EUR für den vollstatio-

⁸ Entfernung/Verödung von Krampfadern

⁹ knotenförmige Gefäßerweiterung im Mastdarm-Anal-Bereich

Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark

nären Aufenthalt, wodurch sich ein Kostenvorteil von rd. 50 % ergab. Die Kostenvorteile betrafen vor allem den Personalbereich und hier insbesondere das Pflegepersonal. (TZ 23)

Entlastungspotenzial

Entlastungen bei einer tagesklinischen Einheit ergäben sich, weil Nacht-, Feiertag- und Wochenenddienste nicht erforderlich wären. Auch fiel der Bettenbedarf geringer aus, weil bei tagesklinischen Aufhalten der Platz mehrmals am Tag belegt werden könnte. Potenziale gab es auch beim Verbrauchsmaterial (z.B. Medikamente, Verbandsmaterial, Verpflegung), das beim kürzeren tagesklinischen Aufenthalt in geringerem Ausmaß anfiel. Da es sich dabei größtenteils um variable Kosten handelte, würden auch bei tagesklinischen Leistungen innerhalb einer bestehenden Abteilung bzw. Station unmittelbar Kostenreduktionen wirksam. (TZ 24)

Nachhaltige Einsparungen aus der tagesklinischen Leistungserbringung wären bei strukturellen Maßnahmen möglich. Beispielsweise wäre nach den Berechnungen des RH bei Umwandlung einer Station in eine Tagesklinikeneinheit eine Fixkostenreduktion von rd. 500.000 EUR jährlich zu erzielen. Eine Station könnte ab rd. 3.900 tagesklinischen Fällen pro Jahr umgewandelt werden. Diese Fallzahlen wären entweder bei einer großen Abteilung mit hohem Tagesklinikanteil (z.B. Augenabteilung) oder bei interdisziplinärer Belegung der Tagesklinik und der betroffenen Abteilungen (z.B. auf Ebene einer Krankenanstalt) zu erreichen. (TZ 24)

Voraussetzungen für eine tagesklinische Leistungserbringung

In den Steiermärkischen Landeskrankenanstalten erfolgte die Aufklärung für tagesklinische Behandlungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten, grundsätzlich zumindest aber 24 Stunden vor dem Eingriff häufig im Rahmen eines präoperativen Ambulanzbesuchs. An der Augenabteilung des Landeskrankenhauses Bruck an der Mur fand die ärztliche Aufklärung jener Patienten, die am Tag der Aufnahme operiert wurden, aus organisatorischen Gründen am gleichen Tag statt. (TZ 25)

Auch die präoperative Abklärung war auf ganz unterschiedliche Weise organisiert. Die Einbindung des niedergelassenen Bereichs durch die Krankenanstalten der KAGes variierte stark und reichte von „kaum bis gar nicht“ bis hin zu einer „strukturierten Befundanforderung“ seitens der Krankenanstalt. (TZ 26)

Kurzfassung

Die Gesundheitsplattform Steiermark hatte eine Arbeitsgruppe „präoperative Untersuchung“ eingerichtet. Deren Ziel war es, einen einheitlichen steiermarkweiten Qualitätsstandard zu etablieren, um die Zahl der unnötigen präoperativen Befunde zu reduzieren und so Kosten zu senken sowie Patientenwege im Sinne des „One-Stop-Shop-Prinzips“ zu verkürzen. (TZ 26)

Für die bestmögliche Versorgung der tagesklinischen Patienten war eine Nachbetreuung unbedingt erforderlich. Für die koordinierte Nachbetreuung könnten jedoch die Öffnungszeiten und der fehlende Bereitschaftsdienst bei den Fachärzten ein Problem darstellen. (TZ 27)

Tageskliniken in der Steiermark

Die Tagesklinik des Landeskrankenhauses Fürstenfeld stellte ein positives Ergebnis der Chirurgiereform dar, sie war gut organisiert und die Patientenzufriedenheit hoch. Die Auslastung (zwischen 46 % und 62 % in den Jahren 2006 bis 2009) war allerdings verbesserungswürdig. (TZ 29)

Im Landeskrankenhaus – Universitätsklinikum Graz gab es je nach Klinik unterschiedliche Organisationsformen für die tagesklinische Leistungserbringung (systemisierte¹⁰ Tageskliniken, nicht systemisierte Tageskliniken, tagesklinische Behandlungen im Klinikverbund). (TZ 30)

Die gut funktionierende Tagesklinik an der Universitäts-Augenklinik verfügte mangels Systemisierung über keine eigene Kostenstelle. Ebenso wenig war eine Bettenreduktion im vollstationären Bereich realisiert worden. (TZ 30)

Zur Steigerung des Tagesklinikanteils (rd. 2 % im Jahr 2009) lief seit 2010 ein Projekt zur Erhebung des Tagesklinikpotenzials (vor allem der chirurgischen Fachrichtungen) im Landeskrankenhaus – Universitätsklinikum Graz. (TZ 30)

Für die Universitätskliniken für Chirurgie und Innere Medizin waren interdisziplinäre Tageskliniken geplant bzw. in Umsetzung. Der Vergleich der derzeit in beiden Kliniken tagesklinisch versorgten Patienten (rd. 2.700) mit den Plandaten (rd. 6.700) zeigte einen großen Handlungsbedarf. (TZ 31)

¹⁰ sanitätsbehördlich genehmigt

**Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel
des Landes Steiermark**

Eine Weiterentwicklung der Projektinitiative „Poliklinik Graz West“ des Landeskrankenhauses Graz West, in dem es u.a. um eine weitere Auslagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich sowie um eine bessere Abstimmung der Gesundheitssektoren ging, unterblieb bis dato. (TZ 14)

Das Krankenhaus der Elisabethinen Graz verfügte über eine interdisziplinäre Tagesklinik. In dieser fanden endoskopische Untersuchungen statt, die in anderen Krankenanstalten üblicherweise ambulant erbracht wurden. Tagesklinisches Potenzial bestand in den Abteilungen für Chirurgie sowie Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde. (TZ 32)

Den Schwerpunkt der tagesklinischen Leistungen des Krankenhauses der Elisabethinen Graz stellte die Schmerztherapie dar. Entsprechend der von einem externen Beratungsunternehmen im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführten Belegungsanalyse waren eine multimodale Schmerztherapie zu etablieren und die invasiven Eingriffe in der Schmerztherapie auf ein der bestehenden Evidenz und den Leitlinien entsprechendes Ausmaß zurückzuführen. (TZ 33)

Die gemeinsame Struktur- und Zielplanung für die Landeskrankenhäuser Bruck an der Mur und Leoben sah 13 tagesklinische Plätze am Standort Bruck an der Mur und 24 tagesklinische Plätze am Standort Leoben vor; Detailplanungen lagen nicht vor. (TZ 34)

Die Landeskrankenhäuser Bruck an der Mur (Tagesklinikanteil 0,3 %) und Leoben (Tagesklinikanteil 0,4 %) erbrachten im Verhältnis zum vorhandenen Potenzial (v.a. in der Augenheilkunde) wenige Leistungen tagesklinisch. (TZ 34)

Kenndaten zur tagesklinischen Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark					
Krankenanstalten	Krankenanstalten der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) Krankenhaus der Elisabethinen Graz				
Rechtsträger	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (Eigentümer 100 % Land Steiermark) Krankenhaus der Elisabethinen GmbH				
Kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.				
Bundesrecht	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.				
Landesrecht	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 1999 (KALG), LGBl. Nr. 66/1999 i.d.g.F.				
Patienten Tagesklinik	2006	2007	2008	2009	Entwicklung 2006 – 2009
	Anzahl				in %
Steiermark	4.068	3.775	4.435	4.687	15,2
Österreich	39.141	44.383	55.455	66.561	70,1
Anteil an stationären Patienten gesamt	in %				Durchschnitt 2006 – 2009 in %
Steiermark	1,4	1,3	1,5	1,5	1,4
Österreich	1,7	1,9	2,3	2,8	2,2

Quelle: DIAG, eigene Berechnungen RH

Prüfungsablauf und –gegenstand

1 Der RH überprüfte von Oktober bis Dezember 2010 die tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark. Ziel der Gebärungsüberprüfung war eine Analyse der tagesklinischen Leistungen in den Steiermärkischen Krankenanstalten. Anhand von Vergleichen der erbrachten tagesklinischen Leistungen mit den Planwerten laut dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und internationalen Vergleichswerten evaluierte er das Entlastungspotenzial für den stationären Bereich. Der RH beurteilte ferner die Zweckmäßigkeit bestehender tagesklinischer Einrichtungen.

Prüfungshandlungen an Ort und Stelle erfolgten bei der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) sowie in sechs zur KAGes gehörenden Spitälern (Landeskrankenhaus (LKH) Bruck an

Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark

der Mur, LKH Fürstenfeld, LKH Graz West, LKH – Universitätsklinikum Graz, LKH Leoben und Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz). Für den Bereich der sonstigen Fondskrankenanstalten fanden Prüfungsbehandlungen beim Krankenhaus der Elisabethinen GmbH (KH der Elisabethinen Graz) statt.

Zu dem im Mai 2011 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das BMG, das Land Steiermark bzw. der Gesundheitsfonds Steiermark sowie die KAGes und das KH der Elisabethinen Graz im Zeitraum von Juni bis August 2011 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Oktober 2011.

Abgrenzung tagesklinische Leistung – sonstiger Null-Tagesfall – ambulante Leistung

Begriffsdefinition

2.1 (1) Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG)¹¹ unterscheidet grundsätzlich zwischen stationären und ambulanten Leistungen. Stationäre Leistungen lagen vor, wenn Personen dafür in die Krankenanstalt aufgenommen worden waren und ein Spitalsbett belegten. Eine ambulante Leistung lag dagegen dann vor, wenn Personen nicht stationär aufgenommen, sondern in der Spitalsambulanz behandelt wurden und daher auch kein Spitalsbett belegten.

Die stationären Leistungen wiederum untergliedern sich in Mehrtagesaufenthalte und Null-Tagesfälle. Die so genannten Null-Tagesfälle, bei denen die stationäre Aufnahme und die Entlassung am selben Tag erfolgen, können weiter in tagesklinische Leistungen, Chemotherapien und sonstige Null-Tagesfälle unterteilt werden.

Die Zuordnung einer einzelnen Leistung zu einer dieser Kategorien ist entscheidend für die Höhe der Abgeltung der Leistungen. Nachfolgende Tabelle enthält einen Überblick über die einzelnen Begriffe:

¹¹ Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.F. BGBl. I Nr. 65/2002

Abgrenzung tagesklinische Leistung – sonstiger Null-Tagesfall – ambulante Leistung

Tabelle 1: Begriffsübersicht stationäre Leistung – tagesklinische Leistung – sonstiger Null-Tagesfall – ambulante Leistung			
Begriff	Definition	Abgeltung	Wirkung
Stationäre Leistung	Aufnahme des Patienten in einer Krankenanstalt, Belegung eines Bettes	nach dem LKF-System: Fallpauschale (besteht aus einer Leistungs- und Tageskomponente), jeder Fallpauschale ist eine Aufenthaltsdauer zugeordnet (Belagsdaueruntergrenze und -obergrenze), innerhalb dieser Aufenthaltsdauer Abgeltung des vollen Fallpauschales	maximale Abgeltung bzw. Kostendeckung, wenn Aufenthaltsdauer so kurz wie möglich, sie muss jedoch innerhalb der Belagsdauer Grenzen liegen
Null-Tagesfall	Stationäre Leistung, bei der der Patient am selben Tag aufgenommen und entlassen wird		
<i>Dazu gehören:</i>			
1) Tagesklinische Leistungen	Voraussetzung: im LKF-Tagesklinik-katalog enthalten Genehmigung durch Landesgesundheits-plattform	Abgeltung jener Fall-pauschale, die der Belagsdauer von einem Tag entspricht	Abgeltung wie bei einem mehrtägigen Aufenthalt, Abgeltung fördert tagesklinische Leistungserbringung
2) Chemotherapien	Speziell definierte Null-Tagesfälle, MEL-Gruppe 22	eigene Abgeltungsregeln	Ausnahme Steiermark: Chemotherapien werden aufgrund einer Vereinbarung mit Krankenkassen weitgehend ambulant erbracht
3) Sonstige Null-Tagesfälle	alle Null-Tagesfälle, die keine tagesklinischen Leistungen und keine Chemotherapien sind, Restgröße	Leistungskomponente und 5 % der reduzierten Tageskomponente	geringe Abgeltung, um eine Verlagerung in den ambulanten Bereich zu bewirken
Ambulante Leistungen	Behandlung in Spitals-ambulanz, kein Bett wird belegt	pauschale Abgeltung, i.d.R. sehr geringe Kostendeckung	durch sehr geringe Abgeltung wird Verlagerung ambulanter Leistungen in stationären Bereich unterstützt

Wie aus der Tabelle ersichtlich, hatten die Abgeltungsregeln des stationären und ambulanten Bereichs zum Teil widersprüchliche Anreizwirkungen. Die stationäre Abgeltung zielte darauf ab, Aufenthalte möglichst kurz zu halten und bestimmte Leistungen tagesklinisch zu erbringen sowie sonstige Null-Tagesfälle in den ambulanten Bereich zu verlagern. Die niedrige Abgeltung für ambulante Leistungen wiederum bewirkte eine Verlagerung in den stationären Bereich und damit in die entgegengesetzte Richtung.

(2) Unter tagesklinischen Leistungen verstand das KAKuG stationäre Leistungen. Es handelte sich dabei jedoch um solche Fälle, bei denen anstaltsbedürftige Personen (§ 22 Abs. 3 KAKuG) nur bis zur Dauer eines Tages, also ohne Nächtigung in der Krankenanstalt, aufgenommen wurden (§ 22 Abs. 1 zweiter Satz i.V.m. § 6 Abs. 1 lit. b KAKuG).

Eine Leistung war grundsätzlich dann als tagesklinisch (und damit als stationär) zu qualifizieren, wenn der Patient im Rahmen der Behandlung zwar nicht über Nacht, aber doch für einige Zeit in Anstaltspflege aufgenommen wurde, bspw. um zu beobachten, ob behandlungsindizierte Komplikationen auftraten.

Tagesklinische Leistungen wurden v.a. aufgrund ihrer Abgeltung nach der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) dem stationären Bereich zugeordnet.

(3) Im internationalen Vergleich wurden tagesklinische Leistungen in vielen Staaten wie z.B. den USA und von der Weltgesundheitsorganisation dem ambulanten Bereich zugerechnet. In den meisten europäischen Staaten war für tagesklinische Leistungen der Begriff „ambulantes Operieren“ gebräuchlich.

2.2 Tagesklinische Leistungen wurden in den entsprechenden Bestimmungen des KAKuG dem stationären Bereich zugeordnet. In der internationalen Praxis wurden sie unter dem Aspekt der medizinischen Leistungserbringung als ambulante Leistungen qualifiziert. Dies entsprach auch der Ansicht des RH, der in diesem Zusammenhang auf die Schwierigkeit hinwies, tagesklinische Leistungen nach den geltenden Bestimmungen des KAKuG von ambulanten Leistungen abzugrenzen.

Der RH wies auf die mit den unterschiedlichen Abgeltungsregeln und -systemen verbundenen Anreizwirkungen hin. Nach Ansicht des RH sollte der medizinische Versorgungsbedarf des Patienten und nicht die dafür erzielte Abgeltung im Vordergrund stehen.

Abgrenzung tagesklinische Leistung – sonstiger Null-Tagesfall – ambulante Leistung

Verteilung Null-Tagesfälle

3.1 Die Null-Tagesfälle setzten sich im Jahr 2009 wie folgt zusammen:

Null-Tagesfälle ¹ 2009	Steiermark		Österreich	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Tagesklinik	4.687	16,6	66.561	15,2
Chemotherapien	793	2,8	79.878	18,3
Sonstige	22.748	80,6	290.516	66,5
gesamt	28.228	100,0	436.955	100,0
Anteil an stationären Fällen gesamt in %	9,3		18,1	

¹ ohne Sterbefälle und Transferierungen

Quelle: DIAG, eigene Berechnungen RH

Bei den Chemotherapien hatte die Steiermark einen wesentlich geringeren Anteil, weil diese dort ambulant verrechnet werden konnten. Dies hatte einerseits Auswirkungen auf die Relationen innerhalb der Null-Tagesfälle und andererseits auf den Anteil der Null-Tagesfälle an den gesamten stationären Fällen.

Letzteres war insofern von Bedeutung, als der Anteil sämtlicher Null-Tagesfälle an den stationären Aufenthalten häufig zur Angabe des Tagesklinikanteils (z.B. ÖSG) herangezogen wurde.

3.2 Aufgrund der Analyse der Null-Tagesfälle kam der RH zur Auffassung, dass ein Vergleich auf Basis der Null-Tagesfälle nicht aussagekräftig war (z.B. aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweisen bei den Chemotherapien). Der RH führte daher die Vergleiche anhand der im LKF-Tagesklinikatalog taxativ aufgezählten Leistungen durch.

Vorteile der tagesklinischen Leistungserbringung

4.1 Die tagesklinische Leistungserbringung war vor allem aufgrund der damit einhergehenden organisatorischen Vorteile geeignet, den stationären Bereich zu entlasten. Die effizienteren Abläufe ergaben sich aus folgenden Faktoren:

- geplante risikoarme Eingriffe bei Patienten mit gutem Allgemeinzustand mit etablierten Operationstechniken;
- hohe Fallzahlen;
- adäquate Vorbereitung;

- gut zu steuernde Ablauforganisation;
- gut planbar, weil kaum Störfaktoren (keine Notfälle), daher auch einfachere OP-Planung;
- weniger logistische Tätigkeiten etc.

Im Zusammenhang mit den organisatorischen Vorteilen stand auch die in der Literatur häufig vertretene Forderung, die Tagesklinik als eigene Organisationseinheit zu führen.

Aus Patientensicht waren es vor allem der kürzere Krankenhausaufenthalt und die Genesung in gewohnter häuslicher Umgebung, die für einen tagesklinischen Eingriff sprachen.

- 4.2 Sowohl aus Sicht der Krankenanstalt als auch der Patienten sprachen zahlreiche Vorteile für die tagesklinische Leistungserbringung. Dem entsprechend war sie Ausdruck einer modernen und bedarfsorientierten medizinischen Versorgung.

Tagesklinische Leistungen im LKF-System

Abgeltung

- 5.1 Die speziellen Abgeltungsregeln für tagesklinische Leistungen kamen dann zur Anwendung, wenn es sich:

- um medizinische Einzelleistungen aus dem bundesweit einheitlichen Tagesklinikatalog¹² handelte und
- vorab eine Genehmigung durch die Landesgesundheitsplattform erfolgte.

Grundsätzlich wurde jene Fallpauschale¹³ abgegolten, die einer Belagsdauer von einem Tag entsprach. Beispielsweise brachte eine tagesklinisch durchgeführte Katarakt-Operation genauso 1.322 Punkte wie eine mit ein- bis dreitägigem vollstationärem Aufenthalt.

¹² Anhang zum LKF-Katalog mit taxativer Auflistung der tagesklinischen Leistungen

¹³ Stationäre Aufenthalte wurden nach dem LKF-System leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF) zugeordnet, von denen jede einen bestimmten Punktwert besaß. Diese so genannte Fallpauschale setzte sich aus einer Tages- und einer Leistungskomponente zusammen. Jeder Fallpauschale wurde eine bestimmte Aufenthaltsdauer zugeordnet, indem das LKF-System sowohl eine entsprechende Belagsdaueruntergrenze als auch eine Belagsdauerobergrenze definierte. Erfüllte die stationäre Behandlung innerhalb dieser Grenzen, wurde die volle Punktzahl abgegolten.

Abgrenzung tagesklinische Leistung – sonstiger Null-Tagesfall – ambulante Leistung

5.2 Durch die gleiche LKF-Abgeltung tagesklinischer Leistungen bei geringeren Kosten für die Krankenanstalten war ein Anreiz gegeben, den Patienten – sofern medizinisch vertretbar – am Tag der Aufnahme auch wieder zu entlassen. Aus Sicht des RH war die derzeitige Form der Abgeltung grundsätzlich geeignet, die tagesklinische Leistungserbringung zu fördern und dadurch den kostenintensiven vollstationären Bereich zugunsten des tagesklinischen Bereichs zu entlasten.

LKF-Tagesklinikcatalog

6.1 Der LKF-Tagesklinikcatalog, der im Jahr 2006 126 operative und nicht-operative medizinische Einzelleistungen umfasste, wurde bis zum Jahr 2009 auf 238 Leistungen erweitert.¹⁴ Der LKF-Tagesklinikcatalog enthielt vorrangig tageschirurgische operative Leistungen und bewusst wenige Leistungen aus dem diagnostischen und therapeutischen Bereich (konservative Leistungen); damit sollte eine klare Trennung zum ambulanten Bereich erreicht werden.

Eine österreichweite Analyse der tagesklinischen Leistungen für das Jahr 2009 ergab, dass fast 80 % der tagesklinisch abgerechneten Leistungen auf nur 20 Positionen des Tagesklinikcatalogs entfielen. Rund 10 % der im Katalog enthaltenen Leistungen wurden nie tagesklinisch erbracht, weitere 66 nur maximal zehnmal.

6.2 Der RH erachtete den Tagesklinikcatalog des LKF-Systems bezüglich der medizinischen Einzelleistungen im chirurgischen Bereich als ausreichend. Er wies darauf hin, dass rd. 80 % der tagesklinisch erbrachten Leistungen auf lediglich 20 Positionen des Tagesklinikcatalogs zurückzuführen waren. Aufgrund der großen Anzahl an ungenutzten Positionen empfahl er dem BMG, den LKF-Tagesklinikcatalog zu evaluieren und an die tatsächlichen Erfordernisse anzupassen.

Weiters empfahl der RH dem BMG, konservative Leistungen bei der Weiterentwicklung des Tagesklinikmodells – mit einer deutlichen Abgrenzung zu ambulanten Leistungen – zu berücksichtigen.

6.3 *Laut Stellungnahme des BMG wäre und sei die Forcierung einer verstärkten tagesklinischen und ambulanten Leistungserbringung und die Nutzung der sich daraus ergebenden Effizienzsteigerungspotenziale ein wesentliches Anliegen des Ministeriums. So seien die Evalu-*

¹⁴ Im Jahr 2009 kam es zu einer umfassenden Änderung des LKF-Modells und damit zur Einführung einer neuen Systematik des Leistungskatalogs, wodurch die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren erschwert wurde.

**R
H****BMG**Abgrenzung tagesklinische Leistung – sonstiger
Null-Tagesfall – ambulante Leistung**Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel
des Landes Steiermark**

ierung und Weiterentwicklung des Tagesklinikkatalogs bereits Gegenstand der Beratungen der LKF-Arbeitsgremien.

Der Gesundheitsfonds Steiermark und die KAGes unterstützten die Empfehlung des RH, den LKF-Tagesklinikkatalog anzupassen.

Chemotherapien

7.1 (1) Bei Chemotherapien binnen eines Tages sah das LKF-Modell eine spezielle Abgeltungsregel (so genannte MEL-Gruppe 22) vor. Abhängig von der Verweildaueruntergrenze wurde neben der Leistungskomponente eine gekürzte Tageskomponente abgegolten.

(2) Eine zwischen der KAGes und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse sowie weiteren Krankenversicherungen geschlossene Vereinbarung regelte die Verabreichung, Verrechnung und Zahlung bestimmter Medikamente, wenn diese zur ambulanten Behandlung eines der in der Vereinbarung angeführten Krankheitsbilder notwendig waren. Dazu gehörten beispielsweise auch maligne Neoplasien oder Karzinome¹⁵, weshalb die Kasse die Kosten für die bei einer ambulanten chemotherapeutischen Behandlung notwendigen Medikamente ersetzte. Die Kostenrückerstattung durch die Kasse war höher als die LKF-Abgeltung für Chemotherapien (MEL-Gruppe 22) bzw. die allgemeine pauschale Ambulanzabgeltung.

Aufgrund dieser besonderen Verrechnungsmöglichkeit für ambulante Chemotherapien verzeichnete die Steiermark bei den onkologischen Therapien (MEL-Gruppe 22) einen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich geringeren Anteil an Null-Tagesfällen, wie aus nachfolgender Tabelle ersichtlich.

¹⁵ Unter einer malignen Neoplasie wird eine bösartige Gewebsneubildung verstanden; Karzinome sind von Schleimhaut oder Drüsen ausgehender Krebs.

Abgrenzung tagesklinische Leistung – sonstiger Null-Tagesfall – ambulante Leistung

Tabelle 3: Onkologische Therapien (MEL-Gruppe 22) stationäre Aufenthalte 2006 bis 2009

Jahr	Steiermark			Österreich		
	stationäre Aufenthalte	Null-Tagesfälle	Anteil in %	stationäre Aufenthalte	Null-Tagesfälle	Anteil in %
2006	6.273	805	12,8	140.683	79.433	56,5
2007	6.330	538	8,5	149.860	87.317	58,3
2008	6.994	746	10,7	148.029	84.367	57,0
2009	6.990	793	11,3	140.639	79.878	56,8

Quelle: DIAG, eigene Berechnungen RH

7.2 Der RH erachtete die in der Steiermark bestehende Möglichkeit, Medikamente für ambulante Chemotherapien gesondert zu verrechnen, trotz des damit verbundenen organisatorischen Aufwands als positiv. Bei der Anwendung von Medikamenten, die von der Vereinbarung umfasst waren, bestand kein Anreiz für stationäre Aufnahmen.

8.1 Es waren jedoch gewisse Medikamente (es handelte sich dabei v.a. um monoklonale Antikörper¹⁶), deren Anwendung in der hämatologischen und onkologischen Praxis mittlerweile gängig war, gar nicht bzw. nicht in Kombination mit der entsprechenden Indikation von der Vereinbarung umfasst. Dementsprechend konnten sie auch nicht mit der Kasse verrechnet werden.

In der Steiermark bestanden daher drei Varianten zur Verrechnung der Chemotherapien:

- Grundsätzlich erfolgte in allen LKH eine Rückverrechnung mit der Kasse jener ambulant verabreichten Medikamente für Chemotherapien, die von der Vereinbarung umfasst waren („verrechenbare Medikamente“).
- Wenn das Medikament „nicht verrechenbar“ war, erfolgte die Abgeltung nur anteilig durch die allgemeine Ambulanzpauschale (vorrangige Vorgehensweise im LKH – Universitätsklinikum Graz).
- Es konnte auch eine stationäre Aufnahme der zu behandelnden Patienten erfolgen, um eine entsprechende Abgeltung als Null-Tages-

¹⁶ Antikörper sind Proteine, die auf bestimmte Stoffe, so genannte Antigene, reagieren. Monoklonale Antikörper werden aus einer einzigen Zelllinie produziert und richten sich auch nur gegen einen bestimmten Bereich eines Antigens. Sie können sich daher selektiv an Tumorzellen binden, um diese zu zerstören.

Abgrenzung tagesklinische Leistung – sonstiger
Null-Tagesfall – ambulante Leistung

Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel
des Landes Steiermark

fall für die MEL-Gruppe 22 nach dem LKF-System¹⁷ zu realisieren
(Vorgehensweise im LKH Fürstenfeld).

Tabelle 4: Onkologische Therapien (MEL-Gruppe 22) nach Aufenthaltsdauer 2009

MEL-Gruppe 22 Aufenthalte	ambulant	Anteil in %	0 Tage	Anteil in %	1–3 Tage	Anteil in %	>3 Tage	Anteil in %	Summe
LKH Fürstenfeld	1.343	53,0	215	8,5	741	29,3	233	9,2	2.532
LKH Graz ¹	8.995	83,0	101	0,9	935	8,6	810	7,5	10.841

¹ umfasst die Klinischen Abteilungen für Onkologie und Hämatologie sowie die Universitätsklinik für Frauenheilkunde

Quelle: LKH Fürstenfeld, LKH – Universitätsklinikum Graz, DIAG, eigene Berechnungen RH

Eine Auswertung der Universitätsklinik für Innere Medizin zeigte, dass die mit den ambulanten Chemotherapien verbundenen Ausgaben im Jahr 2008 um rd. 116.000 EUR höher waren als die durch die Medikamentenverrechnung und Ambulanzpauschale lukrierten Einnahmen. Würde die Universitätsklinik für Innere Medizin diese Fälle als Null-Tagesfälle (MEL-Gruppe 22) abrechnen, ergäbe sich hingegen ein Einnahmenüberschuss von rd. 153.000 EUR.

8.2 Wie der RH feststellte, gab die KAGes zwar ihren Krankenanstalten vor, die Leistungen „ambulant vor stationär“ zu erbringen, dennoch wurden stationäre Aufnahmen und die Verrechnung als Null-Tagesfall praktiziert. Darüber hinaus war anzumerken, dass eine Abgeltung ambulanter Chemotherapien mit LKF-Mitteln aufgrund eines dann niedrigeren LKF-Punktwerts im Endeffekt kaum zu Mehreinnahmen und damit auch nur zu einem unwesentlich geringeren Betriebsabgang der KAGes insgesamt führen würde. Der RH empfahl der KAGes, die Einhaltung der Vorgabe „ambulant vor stationär“ vom LKH Fürstenfeld einzufordern.

8.3 *Laut Stellungnahme der KAGes würden die Verantwortlichen im LKH Fürstenfeld angehalten werden, Patienten mit Chemotherapien ambulant zu behandeln.*

Sonstige Null-Tagesfälle im LKF-System

9.1 Sonstige Null-Tagesfälle stellten grundsätzlich eine Restgröße dar; bei der Leistungsart bestanden Überschneidungen mit dem ambulanten Bereich. Sie nahmen sowohl in der Steiermark als auch in Österreich insgesamt den größten Anteil innerhalb der Null-Tagesfälle ein (siehe Tabelle 2).

¹⁷ Die LKF-Abgeltung war höher als jene durch die allgemeine Ambulanzpauschale.

Abgrenzung tagesklinische Leistung – sonstiger Null-Tagesfall – ambulante Leistung

Die Abgeltung der sonstigen Null-Tagesfälle umfasste zwar die volle Leistungskomponente, aber nur 5 % der bereits nach den Abrechnungsregeln für das Unterschreiten der Belagsdaueruntergrenze reduzierten Tageskomponente.

Wurde eine nicht im LKF-Tagesklinikatalog enthaltene Leistung dennoch „tagesklinisch“ erbracht, erfolgte die Abgeltung als sonstiger Null-Tagesfall und fiel daher vergleichsweise gering aus. Jedoch war die Abgeltung als sonstiger Null-Tagesfall i.d.R. höher als die Abgeltung als ambulanter Fall.

9.2 Die „Restgröße“ der sonstigen Null-Tagesfälle stellte den höchsten Anteil innerhalb der Null-Tagesfälle dar; auch die geringe Abgeltung der sonstigen Null-Tagesfälle konnte nicht deren Verlagerung in den ambulanten Bereich vorantreiben. Hauptgrund dafür waren die unterschiedlichen Abgeltungssysteme zwischen stationärem und ambulanten Bereich. Die niedrige pauschale Ambulanzabgeltung unterstützte die Verlagerung ambulanter Leistungen in den stationären Bereich als sonstiger Null-Tagesfall.

Ambulante Leistungen

10.1 Für die Abgeltung der in den Steiermärkischen Fondskrankenanstalten vorgenommenen ambulanten Behandlungen war ein Pauschalbetrag an Mitteln aus dem Budget des Landesgesundheitsfonds vorgesehen.¹⁸ Zu dessen Aufteilung unter den Krankenanstalten wurde deren jeweiliger Anteil an den ambulanten Kosten, die zwei Jahre zuvor in der Steiermark insgesamt angefallen waren, herangezogen.

Die ambulanten Endkosten 2009 in Höhe von rd. 247,2 Mill. EUR konnten durch den Pauschalbetrag in Höhe von rd. 48,7 Mill. EUR zu rd. 20,5 % gedeckt werden. Innerhalb der KAGes erreichte das LKH Deutschlandsberg mit rd. 28 % die höchste, das LKH Bad Aussee mit rd. 15 % die geringste Kostendeckung. Die durchschnittliche Kostendeckung in den Ambulanzen war in den Bundesländern Niederösterreich, Oberösterreich und Vorarlberg höher als in der Steiermark; sie belief sich im Jahr 2008 in Niederösterreich auf rd. 44 %, in Oberösterreich auf rd. 32 % und in Vorarlberg auf rd. 85 %.¹⁹

Diese Form der Abgeltung ambulanter Leistungen sollte gemäß Art. 8 der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des

¹⁸ Grundlage dieses Pauschalbetrags waren die 1994 an die Krankenanstalten ausbezahlten Ambulanzgebühren, die allerdings jährlich an den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgelegten Beitragssatz valorisiert wurden.

¹⁹ Siehe dazu „Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen“ RH Reihe Bund 2011/3, TZ 3.

Gesundheitswesens²⁰ in Analogie zum stationären Bereich langfristig von einem leistungsorientierten Finanzierungssystem abgelöst werden.

- 10.2 Das System der pauschalen Abgeltung ambulanter Leistungen und die damit verbundene geringe Kostendeckung waren aus Sicht des RH nicht zweckmäßig, weil sie eine Verlagerung ambulanter Leistungen in den stationären Bereich unterstützten.

Um langfristig eine transparente, steuerbare und effiziente ambulante Versorgung gewährleisten zu können, war die Einführung einer bundesweit einheitlichen, leistungsorientierten und sektorübergreifenden Finanzierung ambulanter Leistungen aus Sicht des RH alternativlos. Er empfahl daher dem BMG, die Umsetzung der diesbezüglich bereits in der Art. 15a-Vereinbarung festgehaltenen Ziele voranzutreiben.

- 10.3 *Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark soll die auf Bundesebene laufende Projektinitiative Dokumentation im ambulanten Bereich die Basis schaffen, um eine echte Leistungsabgeltung im ambulanten Bereich zu erreichen.*

Weiterentwicklung
Tagesklinikmodell

- 11.1 Um Verschiebungen vom ambulanten in den stationären Bereich hintanzuhalten, formulierte der Tiroler Gesundheitsfonds in einem Projekt die Voraussetzungen, die vorliegen müssen, um einen Null-Tagesfall nach dem LKF-System abzurechnen. Eine entsprechende Indikation und eine plausible medizinische Begründung müssen den Fall von einem ambulanten Fall abgrenzen. Diesbezüglich orientierte sich der Tiroler Gesundheitsfonds vor allem an den so genannten deutschen AEP-Kriterien.²¹

Auf Basis des Tiroler Modells plante das BMG im Zuge der Weiterentwicklung der LKF-Finanzierung, tagesklinische Leistungen, die ausschließlich stationär, und Leistungen, die auch ambulant erbracht werden können, in Zukunft klar zu unterscheiden. Eine dementsprechende Absichtserklärung fand sich auch in der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Sie ging mit den Plänen einher, eine leistungsorientierte, sektorübergreifende Finanzierung für den ambulanten Bereich zu schaffen.

- 11.2 Der RH bewertete die vom BMG geplante schärfere Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich positiv, weil dadurch das

²⁰ BGBl. I Nr. 2008/105

²¹ AEP steht für den Begriff „Appropriateness Evaluation Protocol“; darunter sind Kriterien zu verstehen, die zur Überprüfung (evaluation) der Angemessenheit (appropriateness) stationärer Krankenhausbehandlung dienen.

Abgrenzung tagesklinische Leistung – sonstiger Null-Tagesfall – ambulante Leistung

Leistungsgeschehen effektiver gesteuert werden könnte. Das Tagesklinikmodell sollte nach Auffassung des RH daher mittelfristig auf solche Leistungen reduziert werden, für deren Erbringung eine stationäre – wenn auch auf einige Stunden beschränkte – Aufnahme wirklich notwendig ist. In diesem Zusammenhang war die im Rahmen des Projekts des Tiroler Gesundheitsfonds eingeführte Begründungspflicht für stationäre Aufnahmen bei Null-Tagesfällen positiv hervorzuheben. Der RH empfahl dem BMG, eine Anwendung dieses Modells im Rahmen der mittelfristigen Weiterentwicklung des LKF-Systems zu prüfen. Darüber hinaus sollten das BMG und der Gesundheitsfonds Steiermark auch eine Begründungspflicht für längere Belagsdauern bei Leistungen, die standardmäßig tagesklinisch erbracht werden können (z.B. Katarakt-Operation), vorsehen.

Nach Ansicht des RH wären grundsätzlich alle Null-Tagesfälle – und damit auch tagesklinische Leistungen – dem ambulanten Bereich zuzuordnen. Langfristig sollte das Tagesklinikmodell daher durch eine leistungsorientierte Abgeltung ambulanter Leistungen (wie im stationären Bereich) ersetzt werden, womit für dieselben medizinischen Leistungen sowohl operativ als auch konservativ einheitliche Tarife gelten würden. Er wiederholte gegenüber dem BMG seine Empfehlung, die Umsetzung der diesbezüglich bereits in der Art. 15a-Vereinbarung festgehaltenen Ziele voranzutreiben.

- 11.3 *Laut Stellungnahme des BMG werde auch die Weiterentwicklung des Tagesklinikmodells in Bezug auf die Begründungspflicht für stationäre Aufnahmen bei Null-Tagesfällen und für längere Belagsdauern bei Leistungen, die standardmäßig tagesklinisch erbracht werden können, in den LKF-Arbeitsgremien behandelt werden. Ein weiteres Thema in den Arbeitsgremien seien aufeinander abgestimmte Abrechnungsmodelle für Tagesklinik, Null-Tagesfälle und (ausgewählte) ambulante Fälle. Darüber hinaus sei die Umsetzung einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung und Steuerung zur Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Finanzierung Gegenstand intensiver politischer und inhaltlicher Beratungen. Das BMG verwies in diesem Zusammenhang auf die in einigen Pilotbundesländern (Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark und Vorarlberg) laufenden Arbeiten zur Dokumentation von Leistungen auf Basis eines bundesweit einheitlichen Katalogs ambulanter Leistungen.*

Der Gesundheitsfonds Steiermark unterstützte die Empfehlung des RH, das Tagesklinikmodell mittelfristig durch eine Abgeltung ambulanter Leistungen zu ersetzen. Diese Maßnahme bedürfe jedoch einer bundesweiten Regelung. Auch bei der Begründungspflicht für längere Belagsdauern wären eine bundeseinheitliche Regelung und Festlegung im LKF-Modell zielführend (bspw. durch spezielle Bepunktungsregeln).

RH

BMG

Abgrenzung tagesklinische Leistung – sonstiger
Null-Tagesfall – ambulante Leistung

Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel
des Landes Steiermark

Genehmigung tages-
klinischer Leistungen
in der Steiermark

12.1 In der Steiermark erfolgte die Genehmigung der von den Kranken-
anstalten beantragten tagesklinischen Leistungen jährlich durch die
Gesundheitsplattform.

Für die KAGes-Krankenanstellen koordinierte die Abteilung Medizini-
sche Steuerung der KAGes die Anträge zentral. Bis zur Gebarungs-
überprüfung durch den RH gaben die Krankenanstellen ihre geplanten
tagesklinischen Leistungen jährlich bekannt, die die KAGes zusam-
mengefasst an die Gesundheitsplattform Steiermark weiterleitete. Bei
einigen Krankenanstellen gab es kaum Änderungen bei den jährlichen
Meldungen. Bei anderen Krankenanstellen wiederum differierten die
beantragten Leistungen von Jahr zu Jahr; für eine Krankenanstalt wur-
den in einzelnen Jahren keine Meldungen abgegeben und daher auch
keine Leistungen beantragt.

Im Zuge der Gebarungsüberprüfung änderte die KAGes das Verfahren.
Die Krankenanstellen erhielten für das Jahr 2011 konkrete tageskli-
nische Zielvorgaben, die KAGes beantragte die entsprechenden Leis-
tungen bei der Gesundheitsplattform Steiermark (siehe TZ 14).

12.2 Die Genehmigung der tagesklinischen Leistungen durch die Landesge-
sundheitsplattform ermöglichte es ihr, Steuerungsaufgaben zur Erfül-
lung des Versorgungsauftrags wahrzunehmen. Der RH bewertete jedoch
die Genehmigungsabläufe im Jahresrhythmus als aufwendig und ver-
besserungswürdig. Er empfahl daher dem Gesundheitsfonds Steiermark,
das Genehmigungsverfahren zu vereinfachen und neben einer Grund-
satzgenehmigung auf (wesentliche) Änderungen des Versorgungsauf-
trags, des LKF-Tagesklinikcatalogs und der Leistungen der Kranken-
anstalten zu reduzieren.

Der RH bewertete die von der KAGes vorgenommene Verfahrensän-
derung positiv, weil sie mit gezielten Vorgaben auf einen kontinu-
ierlichen Ausbau der tagesklinischen Leistungserbringung hinwirkt.

12.3 *Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark würde das LKF-
Modell unter den Voraussetzungen zur Abrechnung tagesklinischer
Leistungen die jährliche Genehmigung pro Krankenanstalt vorsehen.
Durch das von der KAGes geänderte Verfahren wären von dieser weit
mehr tagesklinische Leistungen pro Krankenanstalt für die Genehmi-
gung 2011 eingebracht worden.*

12.4 Der RH entgegnete dem Gesundheitsfonds Steiermark, dass das LKF-
Modell allgemein die Genehmigung – nicht jedoch eine „jährliche“
Genehmigung – tagesklinischer Leistungen durch die Gesundheits-
plattform vorsah (siehe z.B. Leistungsorientierte Krankenanstellenfi-

finanzierung – Modell 2011, Seite 36). Er hielt daher an seiner Empfehlung, das Genehmigungsverfahren zu vereinfachen, fest.

Zielvorgaben

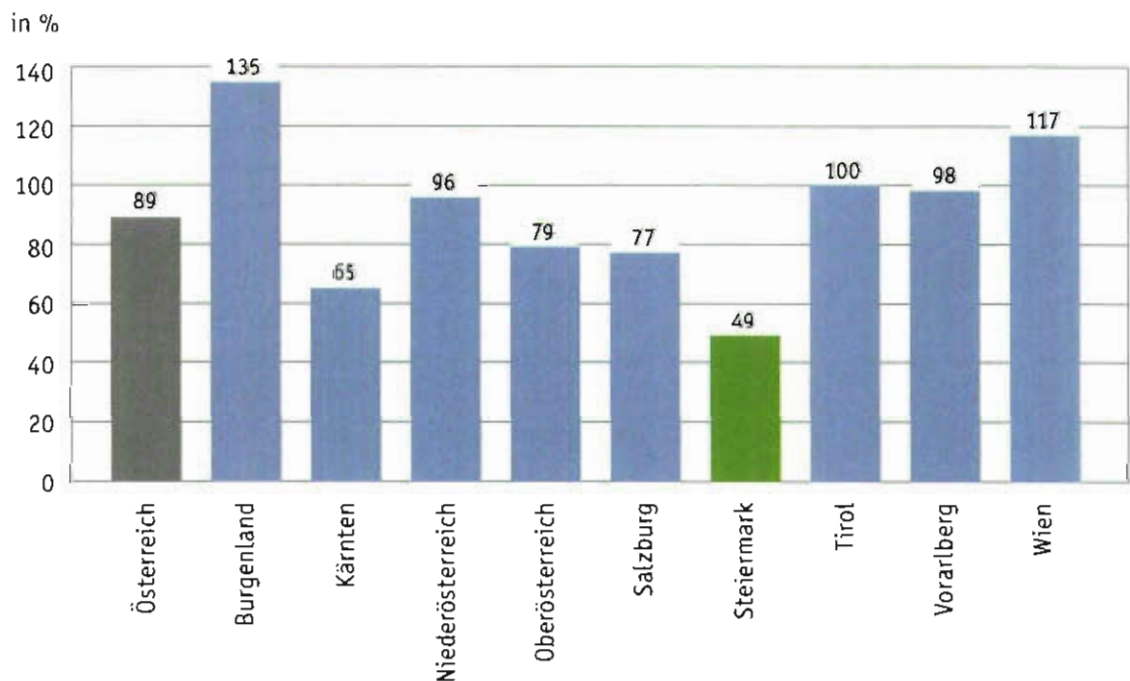
Österreichischer
Strukturplan Gesundheit und Regionaler
Strukturplan Gesundheit
Steiermark

13.1 (1) Die Ausweitung der tagesklinischen Versorgung war im Regierungsprogramm der Bundesregierung²² vorgesehen. Das Regierungsübereinkommen für die Steiermark²³ sprach allgemein von kostendämpfenden Maßnahmen bei der Gesundheitsversorgung.

(2) Der ÖSG 2010 ging bis 2015 von einem österreichweiten Anteil der Null-Tagesaufenthalte an den gesamten stationären Aufenthalten von rd. 26 % aus. Diese Vorgabe galt auch für die Steiermark.

Das im Jahr 2009 durchgeführte ÖSG-Monitoring (auf Datenbasis 2008) zeigte, dass der Anteil der Null-Tagesaufenthalte insgesamt noch hinter der Zielvorgabe zurückblieb.

Abbildung 1: Erfüllungsgrad Null-Tages-Aufenthalte



Quelle: Daten aus ÖSG-Monitoring 2009

²² Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode, Seite 253 f.

²³ Regierungsübereinkommen von SPÖ und ÖVP für die XVI. Gesetzgebungsperiode 2010 bis 2015, Seite 8 f.

Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark

Der Erfüllungsgrad lag österreichweit bei rd. 89 %, für die Steiermark wegen der geringen tagesklinischen Leistungserbringung und der ambulanten Chemotherapien lediglich bei rd. 49 %. Dieser Wert stellte den geringsten Erfüllungsgrad österreichweit dar, das Burgenland hatte mit rd. 135 % den höchsten.

(3) Der Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG) Steiermark (Stand März 2009) sah einen Ausbau des tagesklinischen Angebots vor; er definierte eine Steigerung des Anteils von derzeit unter 10 % auf ca. 15 % der stationären Leistungen bis 2015 als Ziel. Der im RSG Steiermark vom ÖSG abweichende Zielwert für den Tagesklinikanteil war hauptsächlich auf die ambulanten Chemotherapien in der Steiermark zurückzuführen. Zur Erreichung dieses Ziels wären in den Krankenanstalten spezifische interdisziplinäre tagesklinische Strukturen und Prozesse zu etablieren. Abgesehen vom Aufbau psychiatrischer Tageskliniken²⁴ in den einzelnen Versorgungsregionen nahm der RSG keine weiteren diesbezüglichen Konkretisierungen vor.

13.2 Der RSG Steiermark enthielt zwar die Zielsetzung, den Tagesklinikanteil zu erhöhen, er ließ jedoch offen, wie dies erfolgen sollte. Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds Steiermark, ein steiermarkweites Gesamtkonzept für die tagesklinische Leistungserbringung zu erarbeiten und damit die Steigerung des Tagesklinikanteils voranzutreiben (siehe dazu auch TZ 17 bis 19 und TZ 24).

13.3 *Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark berücksichtige insbesondere der RSG Steiermark 2011 in hohem Maße die tagesklinische Leistungserbringung, die sich in einer deutlichen Bettenreduktion ausdrücke. Verstärkt wäre in den einzelnen Versorgungsregionen die neue Organisationsform der dislozierten Tagesklinik genutzt worden. Die Bettenreduktionen verlangen von den betroffenen Standorten eine leistungsadäquate Veränderung und Anpassung des Versorgungsprozesses in Richtung tagesklinischer und ambulanter Leistungserbringung.*

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

14.1 Der Vorstand der KAGes verfolgte als strategischen Entwicklungsschwerpunkt die Forcierung der ambulanten und tagesklinischen Betreuung zur Entlastung des vollstationären Bereichs.

Mit den Leitungen ihrer Krankenanstalten schloss die KAGes jährlich Zielvereinbarungen, wovon einige Projekte zur Tagesklinik enthielten. Die Zielvereinbarungen 2011 enthielten erstmals konkrete quan-

²⁴ Psychiatrische Tageskliniken stellten sowohl von der Art der Leistungserbringung als auch abgeltungstechnisch einen Sonderbereich der Tagesklinik dar.

Zielvorgaben

tifizierte Vorgaben an die Krankenanstaltsleitungen zur Erhöhung des Tagesklinikanteils.

Das LKH Graz West²⁵ entwickelte im Jahr 2009 die Projektinitiative „Poliklinik Graz West“, in dem es u.a. um eine weitere Auslagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich sowie um eine bessere Abstimmung der Gesundheitssektoren ging. Nach Abstimmung der KAGes mit dem Gesundheitsfonds Steiermark sollte die Projektinitiative zu einem tagesklinischen Modellprojekt abgeändert werden. Bis dato unterblieb jedoch aufgrund fehlender gesetzlicher Rahmenbedingungen im niedergelassenen Bereich eine Weiterentwicklung des Projekts.

Bei den Zielvereinbarungen mit den Primarii wurden Tagesklinikprojekte nicht speziell berücksichtigt, auch nicht bei jenen Abteilungen, an denen dringender Handlungsbedarf bestand (z.B. Augenabteilung LKH Bruck an der Mur).

- 14.2 Der RH stellte fest, dass die KAGes zwar einzelne Initiativen setzte, um dem strategischen Entwicklungsschwerpunkt „Forcierung der ambulanten und tagesklinischen Betreuung“ nachzukommen, dass aber kein gesamthafte und durchgängiges Konzept vorlag. Er empfahl daher der KAGes, ein Gesamtkonzept für die tagesklinische Leistungserbringung in Abstimmung mit dem RSG Steiermark zu erarbeiten, das auf allen Unternehmensebenen (inklusive Abteilungsleiter) umgesetzt werden sollte.

Weiters empfahl der RH der KAGes und dem Gesundheitsfonds Steiermark, die Entwicklung der Projektinitiative des LKH Graz West voranzutreiben.

- 14.3 *Laut Stellungnahme der KAGes werde das Gesamtkonzept für die tagesklinische Leistungserbringung im Rahmen der Umsetzung des RSG Steiermark unter Berücksichtigung baulicher Möglichkeiten und finanzieller Rahmenbedingungen erarbeitet werden. Für eine Weiterverfolgung des Projekts „Poliklinik Graz West“ sei im RSG Steiermark allerdings keine Planung vorgesehen.*

Der Gesundheitsfonds Steiermark teilte mit, dass der RSG Steiermark 2011 grundsätzlich neue Versorgungsformen vorsähe, die auch in Pilotprojekten erprobt werden.

²⁵ Am LKH Graz West gab es eine Tagesklinik mit vier Betten, die zur flexiblen Ressourcennutzung im Verbund mit der pulmologischen Fünf-Tages-Station und der Beobachtungsstation der Notfallaufnahme betrieben wurde.

Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark

14.4 Der RH begrüßte, dass der RSG Steiermark 2011 neue Versorgungsformen vorsah, die in Pilotprojekten erprobt werden sollen. Aufgrund der Stellungnahmen der KAGes und des Gesundheitsfonds Steiermark zum Projekt „Poliklinik Graz West“ wiederholte der RH seine Empfehlung zur Weiterentwicklung des Projekts.

Analyse tagesklinischer Leistungen

Entwicklung der
Patientenzahlen

15.1 In der Steiermark lag der Zuwachs an tagesklinischen Patienten (15,2 %) – abgerechnet nach dem LKF-Tagesklinikmodell – weit unter der österreichweiten Steigerung (70,1 %). Mit Ausnahme Tirols (rd. 14,4 %) war dies die geringste Zuwachsrate in Österreich.

Tabelle 5: Entwicklung der Tagesklinikpatienten 2006 bis 2009					
Patienten Tagesklinik	2006	2007	2008	2009	Steigerung 2006 – 2009
	Anzahl				in %
Burgenland	928	1.620	2.163	2.152	131,9
Kärnten	2.236	2.725	3.828	4.030	80,2
Niederösterreich	6.153	6.546	6.641	9.756	58,6
Oberösterreich	9.022	10.276	15.077	17.142	90,0
Salzburg	1.696	1.638	1.662	2.032	19,8
Steiermark	4.068	3.775	4.435	4.687	15,2
Tirol	5.501	5.423	5.904	6.295	14,4
Vorarlberg	1.950	2.444	4.246	5.044	158,7
Wien	7.587	9.936	11.499	15.423	103,3
Österreich	39.141	44.383	55.455	66.561	70,1

Quellen: DIAG, eigene Berechnungen RH

Analyse tagesklinischer Leistungen

Auch beim Anteil der tagesklinisch behandelten Patienten an den gesamten stationären Patienten lag die Steiermark im unteren Drittel und unter dem österreichischen Durchschnitt. Im Jahr 2009 wies Vorarlberg (rd. 5,1 %) den höchsten Anteil auf, Salzburg mit rd. 1,2 % den geringsten.

Tabelle 6: Entwicklung Anteil tagesklinisch behandelter Patienten an stationären Patienten gesamt 2006 bis 2009					
Anteil an stationären Patienten gesamt	2006	2007	2008	2009	Durchschnitt 2006 – 2009
	in %				
Burgenland	1,5	2,4	3,0	3,0	2,5
Kärnten	1,3	1,7	2,3	2,5	2,0
Niederösterreich	1,6	1,7	1,8	2,6	1,9
Oberösterreich	2,1	2,3	3,3	3,7	2,9
Salzburg	1,1	1,0	1,0	1,2	1,1
Steiermark	1,4	1,3	1,5	1,5	1,4
Tirol	2,3	2,3	2,4	2,7	2,4
Vorarlberg	2,1	2,6	4,3	5,1	3,5
Wien	1,5	1,9	2,2	2,9	2,1
Österreich	1,7	1,9	2,3	2,8	2,2

Quellen: DIAG, eigene Berechnungen RH

In der Steiermark erbrachten die KAGes-Krankenanstalten die meisten tagesklinischen Leistungen. Außerhalb der KAGes war nur das KH der Elisabethinen Graz mit nennenswerten tagesklinischen Leistungen anzuführen.

- 15.2 Die Steiermark erbrachte nach Salzburg den geringsten Anteil an tagesklinischen Leistungen in Österreich. Der RH bemängelte besonders die in den letzten Jahren vergleichsweise geringe Steigerungsrate, die nur in Tirol niedriger ausfiel.
- 15.3 *Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark sei jedweder Vergleich von tagesklinischen Analysen und Null-Tagesaufenthalten mit anderen Bundesländern nur unter der Berücksichtigung der besonderen Verrechnungsmöglichkeit für ambulante Chemotherapien, auf die der RH hingewiesen hatte, zu sehen.*

Häufige tagesklinische Leistungen

16.1 (1) Die tagesklinischen Leistungen in Österreich konzentrierten sich im Wesentlichen auf einige wenige Eingriffe. Bei diesen Leistungen zeichneten sich einige Krankenanstalten durch einen hohen Tagesklinikanteil aus und hoben dadurch den Durchschnitt. Beispielsweise lagen österreichweit bei den Curettagen zwei Drittel der gynäkologischen Abteilungen unter und ein Drittel über dem Österreichschnitt von rd. 21,8 %. Den höchsten Tagesklinikanteil hatte hierbei das AKH Linz mit mehr als 78 %.

Bei den Katarakten erbrachten einige wenige Krankenanstalten über 90 % der Eingriffe tagesklinisch. Der wesentlich geringere Österreichdurchschnitt von 24,8 % war auf die breite Streuung der Anteile von 0 % bis 98 % zurückzuführen.

(2) Die drei Leistungen, die sowohl in der Steiermark als auch österreichweit am häufigsten tagesklinisch erbracht wurden, waren die Katarakt-Operation, die Curettage und die Zirkumzision. Allein diese drei Eingriffe deckten in Summe rd. 40 % aller tagesklinischen Leistungen in der Steiermark ab. Die in nachfolgender Tabelle angeführten 14 Leistungen machten in der Steiermark mehr als 80 % aus:

Analyse tagesklinischer Leistungen

Tabelle 7: Tagesklinische Leistungen 2009 (sortiert nach Häufigkeit)				
Leistungen	Steiermark			Österreich
	Leistungen gesamt	tagesklinische Leistungen	Anteil in %	Anteil in %
Extrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimplantation	6.828	1.359	19,9	24,8
Curettag	3.091	664	21,5	21,8
Zirkumzision	831	496	59,7	52,5
Stosswellenlithotripsie	660	372	56,4	11,9
Dekompression des Nervus medianus	1.852	328	17,7	32,1
Korrektur des Augenlids	475	295	62,1	47,7
Perkutane Destruktion peripherer Nervenfasern	2.110	282	13,4	30,7
Perkutane Volumenreduktion der Bandscheibe	1.619	280	17,3	17,8
Radikale Varizenoperation	2.550	233	9,1	5,7
Entfernung Osteosynthesematerial obere Extremität	554	186	33,6	30,4
Hysteroskopische Entfernung Uterusgewebe	1.319	184	13,9	13,7
Ringbandspaltung	650	171	26,3	55,7
Exstirpation Synovialzyste obere Extremität	503	132	26,2	39,6
Entfernung Osteosynthesematerial untere Extremität	1.173	114	9,7	21,4

■ Leistungen aus den Fachrichtungen Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie

Quellen: DIAG, eigene Berechnungen RH

Der Vergleich der Tagesklinikanteile auf Einzelleistungsebene in der Steiermark mit jenen für ganz Österreich ergab ein uneinheitliches Bild: Über dem Bundesschnitt lag die Steiermark bei der Stosswellenlithotripsie²⁶ (56,4 %), der Zirkumzision (59,7 %), der Korrektur des Augenlids (62,1 %) und der Varizen-Operation (9,1 %). Vor allem bei den typischen chirurgischen, unfallchirurgischen und orthopädischen tagesklinischen Eingriffen erreichte die Steiermark jedoch i.d.R. nicht die Österreichswerte. Aber auch bei den Katarakt-Operationen erzielte die Steiermark (19,9 %) nicht den Bundesschnitt.

²⁶ Nierensteinerzrümmerung

16.2 Die Leistungsanalyse für die Steiermark ergab Handlungsbedarf im Bereich der Allgemein Chirurgie bzw. Unfallchirurgie und Orthopädie sowie in der Augenheilkunde (siehe dazu auch TZ 17 und 18).

Tagesklinische Leistungen nach medizinischen Fachrichtungen

Allgemein Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie

17.1 (1) Sowohl in Österreich als auch in der Steiermark wurden im Jahr 2009 unter 10 % der tagesklinisch erbringbaren Leistungen der Fachrichtungen Allgemein Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie auch tatsächlich tagesklinisch erbracht.

Tabelle 8: Vergleich tagesklinisch erbringbare – tagesklinisch erbrachte Leistungen für Allgemein Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie 2009

	Allgemein- chirurgie	Unfallchirurgie	Orthopädie	gesamt
Steiermark				
tagesklinisch erbringbare Leistungen insgesamt	19.980	4.094	3.326	27.400
davon tagesklinisch erbrachte Leistungen	1.771	128	95	1.994
in %	8,9	3,1	2,9	7,3
Österreich				
tagesklinisch erbringbare Leistungen insgesamt	135.576	67.221	46.527	249.324
davon tagesklinisch erbrachte Leistungen	9.104	6.723	6.498	22.325
in %	6,7	10,0	14,0	9,0

Quellen: DIAG, eigene Berechnungen RH

Vor allem bei den Operationen an Händen und Füßen (z.B. Karpaltunnelsyndrom, Ganglion, Ringbandspaltung) sowie an Gelenken und Knochen (z.B. Entfernung von Osteosynthesematerial) war der Tagesklinikanteil in der Steiermark gering.

Analyse tagesklinischer Leistungen

Tabelle 9: Vergleich Tagesklinikanteile für ausgewählte Eingriffe in der Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie					
Leistung	Internationaler Benchmark ¹	Planwert ÖSG	Tagesklinikanteil Österreich 2009	Tagesklinikanteil Steiermark 2009	Tagesklinikanteil Krankenhaus 2009
	in %				
Karpaltunnelsyndrom ²	80	50	30,5	16,6	83,1 (LKH Wagna) 19,4 (LKH Uniklinik Graz)
Arthroskopische OP Kniegelenk	~ ³	20	6,7	0,1	1 OP (LKH Uniklinik Graz) 1 OP (LKH Stolzalpe)
Radikale Varizenoperation	60	11	5,7	9,1	45,4 (LKH Fürstenfeld) 3,3 (LKH Graz West) 2 (LKH Uniklinik Graz)
Hernien ²	40	6	1,9	3,4	23,4 (LKH Uniklinik Graz, v.a. Kinder) 24,1 (LKH Fürstenfeld)

¹ Entnommen aus International Association for Ambulatory Surgery (Hrsg.): Day Surgery Development and Practice (2006), Seite 41 ff.; die Daten stammen aus dem Jahr 2004

² umfasst mehrere medizinische Einzelleistungen

³ erschwerte Vergleichbarkeit wegen unterschiedlicher Leistungsdefinition

Quellen: ÖSG 2010, DIAG, eigene Berechnungen RH

Beispielsweise lagen in der Steiermark beim Karpaltunnelsyndrom²⁷ (Tagesklinikanteil Steiermark: 16,6 %, Österreich: 30,5 %) über 65 % der Leistungen im Ein- und Zweitagesbereich. Auch arthroskopische²⁸ Operationen – wie die arthroskopische Operation des Kniegelenks – wurden in der Steiermark kaum tagesklinisch durchgeführt, in Vorarlberg hingegen betrug der Tagesklinikanteil 2009 rd. 36,5 %, gefolgt von Wien mit rd. 11,3 %, Niederösterreich mit rd. 8 % und Oberösterreich mit rd. 5,3 %.

(2) Außerdem traten innerhalb der Allgemeinchirurgie signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenanstalten auf. Tagesklinische Varizenoperationen führte beispielsweise hauptsächlich das LKH Fürstenfeld (mit eigener Tagesklinik) durch. Tagesklinische Hernienoperationen²⁹ gab es ausschließlich im LKH Fürstenfeld und im LKH – Universitätsklinikum Graz. Bei beiden Eingriffen lag die Steiermark über dem Österreichschnitt. Auf das LKH Wagna entfielen rd. 40 % der tagesklinischen Operationen beim Karpaltunnelsyndrom in der Steiermark. Grundsätzlich war jedoch die Anzahl der tageskli-

²⁷ umfasst mehrere medizinische Einzelleistungen

²⁸ Gelenkspiegelung; Untersuchung einer Gelenkhöhle mittels eines schlauchförmigen optischen Gerätes, bei der auch kleinere operative Eingriffe durchgeführt werden können

²⁹ Bruch; Eingeweidebruch mit sackartiger Ausstülpung des Bauchfells

**Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel
des Landes Steiermark**

nischen Leistungen in den peripheren Krankenanstalten in der Fachrichtung Allgemein Chirurgie gering.

Insgesamt gab es in der Steiermark in 19 von 24 Krankenanstalten eine Abteilung für Allgemein Chirurgie, die im Jahr 2009 eine durchschnittliche Auslastung knapp über 70 %³⁰ (Österreich rd. 76 %) aufwiesen.

- 17.2 Der RH stellte bezüglich der Allgemein Chirurgie, Unfall Chirurgie und Orthopädie in der Steiermark einen geringen Tagesklinikanteil fest. Aufgrund der hohen Anzahl an Allgemein Chirurgischen Abteilungen mit einer relativ geringen Auslastung bestand kaum ein Handlungsdruck, den stationären Bereich mit tagesklinischen Leistungen zu entlasten. Der RH empfahl der KAGes, die tagesklinische Versorgung in den betreffenden Fachrichtungen zu steigern, um eine Kostenreduktion zu bewirken.

Augenheilkunde

- 18.1 In der Steiermark gab es am LKH Bruck an der Mur eine Augenabteilung und am LKH – Universitätsklinikum Graz eine Universitäts-Augenklinik. Während letztere im Jahr 2009 rd. 38 % aller Katarakt-Operationen tagesklinisch erbrachte, waren es im LKH Bruck an der Mur lediglich vier von 3.267 Operationen (rd. 0,1 %). Dadurch lag die Steiermark (rd. 19,9 %) bei den Katarakt-Operationen unter dem Österreichdurchschnitt von rd. 24,8 %.

Tabelle 10: Vergleich Tagesklinikanteile Katarakt

Leistung	Internationaler Benchmark ¹	Planwert ÖSG	Tagesklinikanteil Österreich 2009	Tagesklinikanteil Steiermark 2009	Tagesklinikanteil Krankenanstalt 2009
	in %				
Katarakt	90	30	24,8	19,9	38 (Augenklinik Graz) 0,1 (LKH Bruck/Mur)

¹ Entnommen aus International Association for Ambulatory Surgery (Hrsg.): Day Surgery Development and Practice (2006), Seite 41 ff.; die Daten stammen aus dem Jahr 2004

Quellen: ÖSG 2010, DIAG, eigene Berechnungen RH

³⁰ ohne LKH – Universitätsklinikum Graz

Analyse tagesklinischer Leistungen

Nach Angaben des LKH Bruck an der Mur lag dies vor allem an der mangelnden Nachbetreuungsbereitschaft im niedergelassenen Bereich. Weiters waren die organisatorischen Abläufe der Abteilung nicht auf tagesklinische Patienten ausgelegt. Die Universitäts-Augenklinik hingegen pflegte eine gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Augenärzten.

Die Universitäts-Augenklinik Graz lag bei der Anzahl der tagesklinischen Katarakt-Operationen österreichweit an vierter Stelle.³¹ Trotzdem blieben bei unverhältnismäßig vielen Katarakt-Operationen (rd. 41,3 %) die Patienten zwei Belagstage – die „normale“ Belagsdauer bei vollstationären Katarakt-Operationen – in der Klinik.

- 18.2 Der RH wies auf die geringe Anzahl an tagesklinischen Katarakt-Operationen am LKH Bruck an der Mur hin. Er empfahl dem LKH Bruck an der Mur, Maßnahmen zur Erhöhung des Tagesklinikanteils an der Augenabteilung – insbesondere bei Katarakt-Operationen – zu ergreifen.

Obwohl die Universitäts-Augenklinik rd. 38 % der Katarakt-Operationen tagesklinisch (über dem Österreichdurchschnitt) erbrachte, bestand noch ein erhebliches tagesklinisches Potenzial. Der RH empfahl dem LKH – Universitätsklinikum Graz durch entsprechende Maßnahmen (z.B. Vergrößerung der Tagesklinik zu Lasten des vollstationären Bereichs, Umstieg von Betten auf Liegen, die flexibler und einfacher mehrmals pro Tag belegt werden könnten) das Tagesklinikpotenzial an der Universitäts-Augenklinik zu heben.

- 18.3 *Laut Stellungnahme der KAGes sei mit der Leitung der Universitäts-Augenklinik eine diesbezügliche Leistungssteigerung im Rahmen der Zielvereinbarungen 2011 getroffen worden. Im LKH Bruck an der Mur müssen für die Implementierung einer Augentagesklinik Strukturen geschaffen werden, die mit der Umsetzung des RSG Steiermark möglich werden.*

Frauenheilkunde

- 19.1 Der häufigste tagesklinische Eingriff in der Frauenheilkunde war die Curettage. Der Tagesklinikanteil bei Curettagen lag in der Steiermark bei rd. 21,5 % und damit in etwa im Österreichdurchschnitt (rd. 21,8 %), jedoch weit unter dem Vorgabewert des ÖSG 2010 mit 75 %.

³¹ tagesklinische Katarakt-Operationen 2009: AKH Wien 2.556, KH Barmherzige Brüder Linz 2.056, Landesklinikum Horn-Allentsteig 1.986, LKH – Universitätsklinikum Graz 1.355

Tabelle 11: Vergleich Tagesklinikanteile Curettage					
Leistung	Internationaler Benchmark ¹	Planwert ÖSG	Tagesklinikanteil Österreich 2009	Tagesklinikanteil Steiermark 2009	Tagesklinikanteil Krankenhaus 2009
			in %		
Curettage	70	75	21,8	21,5	35,8 (LKH Hartberg) 20,8 (Frauenklinik Graz) 11,2 (LKH Leoben) 8,9 (LKH Deutschlandsberg) 0 (KH Barmherzige Brüder)

¹ Entnommen aus International Association for Ambulatory Surgery (Hrsg.): Day Surgery Development and Practice (2006), Seite 41 ff.; die Daten stammen aus dem Jahr 2004

Quellen: ÖSG 2010, DIAG, eigene Berechnungen RH

Mit 177 Eingriffen erbrachte das LKH Hartberg im Jahr 2009 die höchste Anzahl an tagesklinischen Curettagen; das entsprach einem Tagesklinikanteil von rd. 35,8 %. Weit unter dem Durchschnitt lagen das LKH Leoben mit rd. 11,2 % und das LKH Deutschlandsberg mit rd. 8,9 %.³²

Die gynäkologische Abteilung des KH der Barmherzigen Brüder Graz führte im Jahr 2009 keine der 178 Curettagen tagesklinisch durch.

Eine steiermarkweite Analyse der Belagsdauer bei stationär aufgenommenen Curettagen für das Jahr 2009 ergab, dass über 60 % im Bereich von ein und zwei Tagen lagen.

19.2 Auch bei den Curettagen bestand nach Ansicht des RH noch ein beträchtliches zusätzliches Potenzial im Ein- und Zwei-Tagesbereich. Er empfahl der KAGes, die tagesklinischen Leistungen in den gynäkologischen Abteilungen – insbesondere in der Universitäts-Frauenklinik Graz, dem LKH Deutschlandsberg und dem LKH Leoben – zu erhöhen. Weiters regte er gegenüber dem Gesundheitsfonds Steiermark an, im Rahmen des Versorgungsauftrags vom KH der Barmherzigen Brüder Graz die tagesklinische Leistungserbringung in der gynäkologischen Abteilung einzufordern.

19.3 *Laut Stellungnahme der KAGes konnten die tagesklinischen Frequenzen im LKH Deutschlandsberg im Jahr 2011 deutlich gesteigert werden. Für das LKH Leoben bestünden für das Jahr 2011 Zielvereinbarungen, die eine Verdoppelung ausgewählter tagesklinischer Leistungen vorse-*

³² Die Universitäts-Frauenklinik hatte einen Anteil von rd. 20,80 %; das LKH Wagna (mit reduzierter Geburtshilfe) hatte einen Anteil von 0 %.

Analyse tagesklinischer Leistungen

hen. Hinsichtlich des LKH – Universitätsklinikums Graz verwies die KAGes auf das Projekt zur Forcierung der tagesklinischen Leistungen.

Der Gesundheitsfonds Steiermark werde der Empfehlung des RH nachkommen.

Tagesklinische Sonderklasse

20.1 Seit 1996 bestand eine Vereinbarung zwischen der KAGes und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs über die Verrechnung von Sondergebühren bei der tagesklinischen Erbringung von bestimmten, invasiv diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die auf die Fachbereiche Augenheilkunde, plastische Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe beschränkt war. Die entsprechenden Sondergebühren waren in einer Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung³³ festgelegt. Sie fielen höher aus als jene für reguläre stationäre Aufenthalte in der Sonderklasse.

Im Jahr 2009 wurden in der Sonderklasse anteilmäßig weniger Patienten binnen eines Tages behandelt als in der Allgemeinklasse:

	Fälle Allgemein- klasse gesamt	Null-Tages- fälle Allgemein- klasse	Anteil in %	Fälle Sonder- klasse gesamt	Null-Tages- fälle Sonderklasse	Anteil in %
2009	239.190	5.464	2,3	32.688	138	0,4

Quellen: KAGes, eigene Berechnungen RH

Maßgeblich dafür war, dass die tagesklinische Leistungserbringung in der Vereinbarung deutlich weiter definiert war als im LKF-Modell. In der Sonderklasse galt eine Behandlung mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu 24 Stunden, also auch noch ein Ein-Tagesfall, als „tagesklinisch“.

Dementsprechend konzentrierte sich die von der Vereinbarung umfasste Leistungserbringung auf den Ein-Tagesbereich. Dies zeigte auch eine Analyse am Beispiel der Curettage. Im Vergleich zur Allgemeinklasse wurde diese Behandlung verhältnismäßig seltener als Null-Tagesfall aber dafür verhältnismäßig häufiger als Ein-Tagesfall (stationär über Nacht in der Krankenanstalt) erbracht.

³³ Vgl. I.GBl. Nr. 32 vom 19.04.2010, aktuelle Fassung der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 13. Juli 1998 über die Festsetzung der Sondergebühren für tagesklinische Leistungen in der Sonderklasse der Landeskrankenanstalten.

Tabelle 13: Curettagen (KAGes-weit) mit Aufenthaltsdauer von 0 bis 2 Tagen – 2009

Curettagen	Null-Tagesfälle	Anteil in %	Ein-Tagesfälle	Anteil in %	Zwei-Tagesfälle	Anteil in %	gesamt
Sonderklasse	40	16,7	135	56,2	65	27,1	240
Allgemeinklasse	615	27,5	1.106	49,4	519	23,1	2.240

Quellen: KAGes, eigene Berechnungen RH

In Oberösterreich bestand bereits eine Vereinbarung, die für bestimmte tagesklinisch erbringbare Leistungen von der Verweildauer unabhängige Sondergebühren festlegte.

Ende 2010 kündigte der Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs die Vereinbarung mit der KAGes. Im Anschluss daran begannen Neuverhandlungen der Vertragspartner, die im April 2011 noch nicht abgeschlossen waren.

Da sich die Voraussetzungen für tagesklinisch erbringbare und in Privatkrankenanstalten durchgeführte Eingriffe (z.B. planbar, risikoarm) häufig überschneiden, nutzten Sonderklasseversicherte vielfach Privatkrankenanstalten für derartige Eingriffe. So wurden beispielsweise in der Steiermark im Jahr 2008 rd. 1.600 Katarakt-Operationen (das sind rd. 20 %) in Privatkrankenanstalten durchgeführt.

- 20.2 Wie der RH feststellte, nutzten Sonderklasseversicherte für typische tagesklinische Eingriffe vielfach Privatkrankenanstalten, weshalb die Anzahl der tagesklinischen Sonderklassepatienten in den öffentlichen Krankenanstalten gering war.

Während das Tagesklinikmodell des LKF-Systems eine Verlagerung der Leistungen aus dem klassischen stationären in Richtung tagesklinischen und ambulanten Bereich zum Ziel hatte, beschränkte sich die Sonderklasse-Vereinbarung darauf, die Belagsdauer im stationären Bereich auf 24 Stunden zu verkürzen. Im Zuge der Neuverhandlungen empfahl der RH der KAGes, von der 24-Stunden-Definition abzusehen und eine Anpassung an das Tagesklinikmodell des LKF-Systems vorzunehmen. Diesbezüglich verwies der RH auf die bereits bestehende Sondervereinbarung in Oberösterreich. Darüber hinaus wäre es aus Sicht des RH zweckmäßig, den Anwendungsbereich der Vereinbarung zu erweitern und für tagesklinisch erbringbare Leistungen aus anderen Fachbereichen (z.B. entsprechend dem LKF-Tagesklinik-katalog) zu öffnen.

- 20.3 *Laut Stellungnahme der KAGes sei zwischenzeitlich eine Anpassung des Tagesklinikmodells für die Sonderklasse erfolgt, wodurch der Anwendungsbereich auf Leistungen entsprechend dem LKF-Tagesklinikatalog erweitert worden wäre.*

Tagesklinisches Potenzial

Tagesklinik-Controlling

- 21.1 Die KAGes verfügte über ein eigenes Softwaretool zum Controlling der tagesklinischen Leistungen, das sowohl die KAGes selbst als auch die einzelnen Krankenanstalten anwendeten. Dieses Tool ermöglichte auch die Darstellung des tagesklinischen Potenzials.

Zur Festlegung der quantifizierten Vorgaben für die tagesklinische Leistungserbringung in den Zielvereinbarungen 2011 mit den Anstaltsleitungen erfolgten detaillierte Analysen der tagesklinischen Leistungen. Zur Abschätzung des Potenzials wurden einerseits die Leistungen im Mehrtagesbereich herangezogen und andererseits auch die Vorgabewerte des ÖSG und internationale Benchmarks berücksichtigt.

- 21.2 Der RH sah im Tagesklinik-Controlling der KAGes einen geeigneten Ansatz, um das Potenzial tagesklinischer Leistungen festzustellen. Er bewertete die von der KAGes abgeschlossenen Zielvereinbarungen (mit quantifizierten Zielvorgaben) zur Erhöhung des Tagesklinikanteils positiv. Der RH empfahl der KAGes, die Einhaltung der Zielvereinbarungen laufend zu evaluieren, um rechtzeitig auf Abweichungen reagieren zu können.

- 21.3 *Laut Stellungnahme der KAGes wäre die Evaluierung der Zielvereinbarungen verbindlich vorgesehen.*

Nationaler/internationaler Vergleich

- 22.1 Für sechs ausgewählte Eingriffe³⁴ ergab ein Vergleich der Tagesklinikanteile für 2009 mit den jeweiligen Planwerten laut ÖSG für den Planungshorizont 2015 folgende Entlastungspotenziale:

³⁴ Insgesamt machten diese sechs Eingriffe im Jahr 2009 knapp über 50 % der tagesklinischen Leistungen Österreichs aus, in der Steiermark über 45 %.

Tabelle 14: Entlastungspotenziale für sechs tagesklinische Eingriffe

	Tagesklinikanteile 2009			Entlastungspotenzial	
	ÖSG Planwerte	Österreich	Steiermark	Österreich	Steiermark
	in %			in Belagstagen	
Katarakt	30,0	24,8	19,9	9.818	2.885
Curettag	75,0	21,8	21,5	52.880	7.500
Karpaltunnelsyndrom	50,0	30,5	16,6	10.054	2.500
Hernien	6,0	1,9	3,4	5.172	468
Zirkumzision	79,0	52,5	59,7	7.019	701
Varizen	11,0	5,7	8,7	6.556	412
Gesamt				91.499	14.466
in Betten				294	47

Quellen: ÖSG 2010, DIAG, eigene Berechnungen RH

Die internationalen Benchmarks für die betrachteten tagesklinischen Eingriffe lagen – mit Ausnahme der Curettagen – weit über den ÖSG-Vorgabewerten. Ein internationaler Vergleich war jedoch nur beschränkt aussagekräftig, weil in den Ländern erhebliche Unterschiede in den Gesundheitssystemen bestanden, v.a. hinsichtlich der Grundstrukturen der Systeme, der Finanzierung, dem Leistungsumfang und der Organisation der Leistungserbringung.

Unter Zugrundelegung des internationalen Benchmarks (rd. 90 %) belief sich auf Basis der Planzahlen 2015 beispielsweise für Katarakt-Operationen das steiermarkweite Entlastungspotenzial auf rd. 20.000 Belagstage (rd. 65 Betten) und für Österreich insgesamt auf rd. 123.000 Belagstage (rd. 400 Betten).

- 22.2 Selbst die vergleichsweise niedrigeren Planwerte des ÖSG lieferten auf Basis der Planzahlen 2015 ein erhebliches, bisher nicht ausgenütztes tagesklinisches Entlastungspotenzial von steiermarkweit rd. 50 bzw. österreichweit rd. 290 Betten. Der internationale Vergleich für die Katarakt-Operationen verdeutlichte diese Ergebnisse.

In diesem Zusammenhang wies der RH darauf hin, dass es sich bei der Etablierung tagesklinischer Leistungen um einen kontinuierlichen Entwicklungsprozess handelt, der neben der Akzeptanz der Patienten auch der Bereitschaft der Ärzte sowie entsprechender Rahmenbedingungen im niedergelassenen Bereich bedarf. Er empfahl daher dem Gesundheits-

Tagesklinisches Potenzial

fonds Steiermark, der KAGes und dem KH der Elisabethinen Graz, mit Nachdruck an der Ausweitung der tagesklinischen Leistungen zu arbeiten, um die aufgezeigten Entlastungspotenziale ausschöpfen zu können.

22.3 *Laut Stellungnahme der KAGes wäre die gesamthafte Darstellung von Entlastungspotenzialen für ein Bundesland zu global. Analysen und Umsetzungsmöglichkeiten vor Ort könnten das Entlastungspotenzial anders darstellen.*

Der Gesundheitsfonds Steiermark teilte mit, dass der RSG Steiermark 2011 auf eine Ausweitung der tagesklinischen Leistungserbringung abziele.

22.4 Dem RH schien es erforderlich, auf das Entlastungspotenzial durch die tagesklinische Leistungserbringung hinzuweisen. Er wählte daher beispielhaft sechs „klassische“ tagesklinische Eingriffe, um die Größenordnung dieses Entlastungspotenzials aufzuzeigen. Ihm war sehr wohl bewusst, dass etwaige Einsparungen von der individuellen Situation der jeweiligen Krankenanstalt abhängig sind. Seine Empfehlung enthielt daher auch keine speziellen Einzelmaßnahmen, sondern war darauf ausgerichtet, allgemein an der Ausweitung der tagesklinischen Leistungen zu arbeiten.

Kostenvorteile tagesklinischer Leistungen

23.1 Das LKH Fürstenfeld verglich die Personalkosten von drei tagesklinischen Operationen (Varizen einseitig, Varizen beidseitig, Hämorrhoiden) mit jenen eines vollstationären Aufenthalts mit folgendem Ergebnis:

Tabelle 15: Vergleich Personalkosten ausgewählter tagesklinischer Eingriffe – vollstationärer Aufenthalt				
Personalkosten ¹	Tagesklinik	vollstationärer Aufenthalt	Differenz	in %
	in EUR			
Varizen einseitig	698,22	814,07	115,85	14,2
Varizen beidseitig	1.194,82	1.338,42	143,60	10,7
Hämorrhoiden	499,89	633,02	133,13	21,0

¹ Personalkosten 2006

Quelle: LKH Fürstenfeld

Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark

Die Vergleichsrechnung ergab Kostenvorteile von rd. 11 % bis 21 % für die Tagesklinik. Zu rd. 75 % betrafen sie die Pflege und zu 25 % den ärztlichen Bereich.

Für eine tagesklinische Katarakt-Operation ergaben sich nach Berechnungen des RH mittels Durchschnittskalkulation und bei Berücksichtigung der Vor- und Nachbetreuung im niedergelassenen Bereich Gesamtkosten von rd. 665 EUR. Diese lagen deutlich unter 1.322 EUR, der Fallpauschale für eine Katarakt-Operation³⁵, wodurch sich ein Kostenvorteil von rd. 50 % ergab.

23.2 Die aufgezeigten Beispiele verdeutlichen die vergleichsweise kostengünstige Leistungserbringung im tagesklinischen Bereich. Besonders deutlich waren die Kostenunterschiede bei der Katarakt-Operation mit Gesamtkosten von rd. 665 EUR für einen tagesklinischen Aufenthalt und 1.322 EUR für den vollstationären Aufenthalt. Neben den organisatorischen Vorteilen und den Vorteilen für die Patienten unterstützen diese Ergebnisse die Empfehlung des RH an den Gesundheitsfonds Steiermark, die KAGes und das KH der Elisabethinen Graz, die tagesklinische Leistungserbringung zu forcieren. Die Kostenvorteile betrafen vor allem den Personalbereich und hier insbesondere das Pflegepersonal.

23.3 *Laut Stellungnahme der KAGes erschien der Vergleich nicht adäquat, weil die Kalkulation mit dem administrativen Preis (LKF-Pauschale) verglichen wird. Es sei nicht anzunehmen, dass die Reduktion von 2,3 Belagstagen eine Einsparung von rd. 650 EUR pro Fall bringe. Der Kostenunterschied sei auch deutlich höher als in der Literatur angegeben.*

23.4 Dem RH ging es bei den dargestellten Beispielen v.a. um die Verdeutlichung der vergleichsweise kostengünstigen Leistungserbringung im tagesklinischen Bereich. Der RH teilte nicht die Bedenken der KAGes hinsichtlich der LKF-Pauschale, weil bei deren Festlegung Kalkulationen von Referenzkrankenhäusern herangezogen wurden. Der relativ hohe Kostenunterschied lässt sich aus der schlanken Kostenstruktur der vom RH herangezogenen dislozierten Augentagesklinik erklären.

³⁵ Als Basis für die Kalkulation dienten die Kosten einer dislozierten Augentagesklinik (für zwei Jahre), die heinahe ausschließlich Katarakt-Operationen (über 95 % der Leistungen) erbrachte. Mittels Durchschnittskalkulation ermittelte der RH die Kosten einer Katarakt-Operation, anschließend wurde das arithmetische Mittel der Kosten aus den zwei Jahren gebildet. Dazu kamen noch die Kosten (Tarife) für die Vor- und Nachbetreuung, wobei der RH den höchsten Tarif (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft) wählte. Zur Annäherung der Kosten im vollstationären Bereich wurde die LKF-Fallpauschale (für 2009 und 2010) von 1.322 herangezogen und mit einem Euro pro LKF-Punkt multipliziert.

Tagesklinisches Potenzial

Entlastungspotenzial **24.1** Erhebliche Einsparungen könnten im pflegerischen Bereich realisiert werden, zumal bei einer tagesklinischen Einheit Nacht-, Feiertag- und Wochenenddienste nicht erforderlich wären. Auch viele der Bettenbedarf geringer aus, weil bei tagesklinischen Aufenthalten der Platz mehrmals am Tag belegt werden könnte.

Potenziale gab es auch beim Verbrauchsmaterial (z.B. Medikamente, Verbandsmaterial, Verpflegung), das beim kürzeren tagesklinischen Aufenthalt in geringerem Ausmaß anfiel. Da es sich dabei größtenteils um variable Kosten handelte, würden auch bei tagesklinischen Leistungen innerhalb einer bestehenden Abteilung bzw. Station unmittelbar Kostenreduktionen wirksam.

24.2 Nach Ansicht des RH wären nachhaltige Einsparungen aus der tagesklinischen Leistungserbringung bei strukturellen Maßnahmen möglich. Beispielsweise wäre nach den Berechnungen des RH bei Umwandlung einer Station in eine Tagesklinikereinheit eine Fixkostenreduktion³⁶ von rd. 500.000 EUR jährlich (Personalkosten) zu erzielen. Eine Station könnte ab rd. 3.900 tagesklinischen Fällen umgewandelt werden.

Diese Fallzahlen wären entweder bei einer großen Abteilung mit hohem Tagesklinikanteil (z.B. Augenabteilung) oder bei interdisziplinärer Belegung der Tagesklinik und der betroffenen Abteilungen (z.B. auf Ebene einer Krankenanstalt) zu erreichen.

Bei tagesklinischer Leistungserbringung in bestehenden Strukturen könnte zumindest eine Reduktion der variablen Kosten (Verbrauchsmaterial) und eventuell eine Kostenreduktion durch einen verringerten Personaleinsatz im Pflegebereich erzielt werden.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds Steiermark und der KAGes, vorrangig strukturelle Maßnahmen aufgrund der tagesklinischen Leistungserbringung zu forcieren.

24.3 *Laut Stellungnahme der KAGes seien die Angaben zum Entlastungspotenzial nachvollziehbar, aber in der konkreten Situation zu prüfen. Die Einsparungen bei den Arzneimitteln oder Verbänden würden das Krankenhaus betreffen und die Kosten zur Krankenversicherung verschieben bzw. handle es sich um volkswirtschaftliche Auswirkungen.*

24.4 Der RH stellte klar, dass die Einsparungen aufgrund der tagesklinischen Leistungserbringung v.a. im Pflegebereich liegen. Er legte daher sei-

³⁶ durchschnittliche Fixkostenreduktion für eine Tagesklinikereinheit mit 13 Plätzen (Belegung 1,5; Auslastung 85 %) und gleichzeitige Auffassung einer Station mit 32 Betten (Auslastung 85 %)

Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark

ner Einsparungsberechnung lediglich die Personalkosten der Pflege zugrunde. Zudem wies der RH darauf hin, dass nachhaltige Einsparungen nur bei entsprechend hohen Fallzahlen möglich sind.

Voraussetzungen für eine tagesklinische Leistungserbringung

Medizinische Aufklärung

25.1 Jede Form ärztlicher Behandlung setzt grundsätzlich das Einverständnis des Patienten voraus.³⁷ Voraussetzung für eine gültige Einwilligung ist, dass der Patient in die Lage versetzt wird, über seine Behandlung entscheiden zu können. Dazu muss er vom Arzt rechtzeitig in einem persönlichen Gespräch umfassend informiert und über eventuelle Risiken aufgeklärt werden.

Für den genauen Umfang der Aufklärung gibt es keine generellen, verbindlichen Normen, entscheidend sind immer die Umstände des Einzelfalls.³⁸ In der Praxis wurde häufig eine schriftliche Zustimmungserklärung eingeholt, die vor allem der Dokumentation des Aufklärungsgesprächs diene. Zwar gab es einen von der KAGes entwickelten „Leitfaden zur Patientenaufklärung“, Organisation und Dokumentation der Aufklärungsgespräche waren jedoch zum Teil von Krankenanstalt zu Krankenanstalt, mitunter auch von Abteilung zu Abteilung unterschiedlich.

Die Aufklärung für tagesklinische Behandlungen erfolgte zu unterschiedlichen Zeitpunkten, grundsätzlich zumindest aber 24 Stunden vor dem Eingriff im Rahmen eines präoperativen Ambulanzbesuchs. An der Augenabteilung des LKH Bruck an der Mur fand die ärztliche Aufklärung jener Patienten, die am Tag der Aufnahme operiert wurden, aus organisatorischen Gründen am gleichen Tag statt.

In vielen Abteilungen kamen standardisierte Aufklärungsbögen eines deutschen Unternehmens zum Einsatz, einige wiederum hatten eigene Formulare entwickelt. Für den Fachbereich der Anästhesie stand zudem ein von der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) entwickelter Bogen zur Verfügung.

Für die organisatorische Abwicklung lag ein detailliertes, vom LKH Fürstenfeld erstelltes Prozessmodell vor, das unter den Titeln „OP-Freigabe“ und „Anästhesie-Freigabe“ auch die entsprechende Aufklärung durch Chirurg und Anästhesist im Rahmen eines präoperativen Ambulanzbesuchs enthielt.

³⁷ ständige Rechtsprechung OGH seit 20.1.1954, 1 Ob 5/54

³⁸ vgl. OGH 12.9.1990, 1 Ob 651/90

Voraussetzungen für eine tagesklinische Leistungserbringung

25.2 Für tagesklinische Behandlungen stellte die Rechtzeitigkeit der medizinischen Aufklärung infolge der kurzen Aufenthaltsdauer der Patienten in der Krankenanstalt eine besondere organisatorische Herausforderung dar. Der RH bewertete das vom LKH Fürstenfeld entwickelte Prozessmodell als geeignet, eine straffe und effiziente Abwicklung der präoperativen Phase zu gewährleisten. Er empfahl der KAGes, das Modell auf andere Tageskliniken auszuweiten.

Ebenso empfahl er der KAGes, die im Zuge der Erstellung des Leitfadens zur Patientenaufklärung begonnene Standardisierung weiter voranzutreiben. Insbesondere aus Dokumentationsgründen wäre aus Sicht des RH die Anwendung einheitlicher Aufklärungsbögen sinnvoll.

In Bezug auf die Augenabteilung des LKH Bruck an der Mur wies der RH auf die am gleichen Tag stattfindende medizinische Aufklärung hin. Er empfahl dem LKH Bruck an der Mur organisatorische Maßnahmen (z.B. Präanästhesieambulanz) zur Vorverlegung der medizinischen Aufklärung zu treffen, um jedenfalls ihre Rechtzeitigkeit zu gewährleisten.

25.3 *Laut Stellungnahme der KAGes werde die Empfehlung des RH, das Prozessmodell des LKH Fürstenfeld für die präoperative Phase für andere Tageskliniken zu nutzen, aufgegriffen und im Qualitätssicherungsbeirat der KAGes behandelt werden. Beispielsweise wären das LKH Deutschlandsberg bzw. das LKH Graz West bereits dahingehend tätig geworden. Die weitere Standardisierung des Leitfadens zur Patientenaufklärung werde im Qualitätssicherungsbeirat der KAGes thematisiert werden, insbesondere auch die Rechtzeitigkeit der medizinischen Aufklärung.*

Präoperative Abklärung

26.1 Die präoperative Abklärung dient der Vorbereitung auf einen medizinischen Eingriff und hat in erster Linie zum Ziel, dabei auftretende Risiken abzuschätzen und so gut wie möglich zu minimieren. Dafür wird je nach Alter und Gesundheitszustand des Patienten eine Reihe von Untersuchungen (z.B. Labor, Röntgen, Elektrokardiogramm) vorgenommen. Einen einheitlichen Standard, unter welchen Umständen welche Befunde für die präoperative Abklärung notwendig waren, gab es in Österreich nicht.

Laut dem in Salzburg realisierten Reformpoolprojekt „Präoperative Diagnostik – PROP“ würden in der Praxis qualitativ und quantitativ unnötige Befunde erbracht; nur 23,5 % der vorgenommenen Mehrfachuntersuchungen dienten der Kontrolle eines pathologischen Befunds. In 76,5 % der Fälle lag hingegen bereits ein Normalbefund vor, weshalb von einer unnötigen Doppeluntersuchung auszugehen war.

In Anlehnung an das Reformpoolprojekt in Salzburg hatte die Gesundheitsplattform Steiermark eine Arbeitsgruppe „präoperative Untersuchung“ eingerichtet. Ziel war es in Anlehnung an die ÖGARI-Leitlinien, einen einheitlichen steiermarkweiten Qualitätsstandard zu etablieren, um die Zahl der unnötigen präoperativen Befunde zu reduzieren und so Kosten zu senken sowie Patientenwege im Sinne des „One-Stop-Shop-Prinzips“ zu verkürzen. Im Zuge dieser Bemühungen wurde in der Ärztekammer Steiermark ein Konsens darüber erreicht, dass das perioperative³⁹ Management in die Verantwortung der Fachgruppe für Anästhesie und Intensivmedizin fällt. Weitere Ergebnisse lagen zur Zeit der Gebarungüberprüfung noch nicht vor.

In den Krankenanstalten der KAGes war die präoperative Abklärung auf unterschiedliche Weise organisiert. Die Einbindung des niedergelassenen Bereichs variierte stark und reichte von „kaum bis gar nicht“ bis hin zu einer „strukturierten Befundanforderung“ seitens der Krankenanstalt.⁴⁰

- 26.2 Eine zeitgerechte, zuverlässige und vollständige präoperative Abklärung des Patienten war Bedingung für eine tagesklinische Leistungserbringung. Um diese zu forcieren, empfahl der RH der KAGes, die Organisation der Abklärung weiter zu standardisieren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds Steiermark, das Projekt „präoperative Untersuchung“ zügig voranzutreiben, um Doppelbefunde und unnötige Untersuchungen sowie damit verbundene zusätzliche Patientenwege zu vermeiden.

- 26.3 *Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark wäre in der Sitzung der Bundesgesundheitskommission vom Juni 2009 beschlossen worden, das Salzburger Reformpoolmodell zur präoperativen Diagnostik österreichweit auszurollen. In der Sitzung der Bundesgesundheitskommission vom November 2010 wäre konkretisiert worden, eine Bundes-Qualitätsleitlinie zur Präoperativen Diagnostik auf Grundlage der ÖGARI-Leitlinie zu erstellen. Mit einer Beschlussfassung dieser Leitlinie in der Bundesgesundheitskommission und deren Veröffentlichung sei Ende 2011 zu rechnen. Der Gesundheitsfonds Steiermark warte daher die endgültigen Vorgaben der Bundesqualitätsleitlinie ab. Eine Erhebung der aktuellen Versorgungssituation im Bereich der präoperativen Diagnostik sei im Gange.*

³⁹ Perioperativ umfasst sowohl die prä- als auch postoperative Phase.

⁴⁰ Vergleichbare Ergebnisse stellte der RH auch in RH Reihe Bund 2011/3 „Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen“, TZ 11, fest.

Voraussetzungen für eine tagesklinische Leistungserbringung

Die KAGes teilte mit, dass sich der Qualitätssicherungsbeirat der KAGes bereits in der Vergangenheit mit der Fragestellung der präoperativen Untersuchung (fachliche Inhalte und strukturelle Erfordernisse) befasst habe. Aufgrund der Arbeitsgruppe präoperative Untersuchung der Gesundheitsplattform Steiermark hätte die KAGes jedoch von weiteren Aktivitäten vorerst Abstand genommen. Weiters sei die Frage der Kostentragung für die präoperativen Leistungen noch nicht endgültig geklärt.

26.4 Trotz des auf Ebene des Landes Steiermark laufenden Projekts der Gesundheitsplattform sah der RH eine weitere Standardisierung der Organisation der Abklärung innerhalb der KAGes-Krankenanstalten für notwendig. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung gegenüber der KAGes fest.

Nachbetreuung

27.1 (1) Die Nachbetreuung tagesklinischer Patienten in den KAGes-Krankenanstalten erfolgte unterschiedlich:

- Die Tagesklinik des LKH Fürstenfeld betreute ihre Patienten postoperativ meist im Rahmen eines Ambulanzbesuchs. Weiters kontaktierte der diensthabende Arzt den Patienten telefonisch am Abend nach dem Eingriff. Lediglich bei vier nach Hause entlassenen Patienten (rd. 0,2 %) wäre es im Jahr 2009 laut Angaben des LKH Fürstenfeld zu postoperativen Komplikationen gekommen.
- Einige Abteilungen bzw. Kliniken (z.B. Universitäts-Augenklinik Graz, die Abteilung für Urologie des LKH Leoben) arbeiteten mit den niedergelassenen Fachärzten zusammen. Diese Kooperation reichte von der Zuweisung bis zur koordinierten Nachbetreuung.

(2) Traten nach einem tagesklinischen Eingriff Komplikationen auf und hatte der Patient die Krankenanstalt zu diesem Zeitpunkt bereits verlassen, war er insbesondere bei einer größeren Distanz zwischen Wohnort und Krankenanstalt auf die (Erst-)Versorgung durch niedergelassene Ärzte angewiesen.

Diese war in der Regel auf die wochentäglichen Ordinationszeiten beschränkt. Laut einer im RSG Steiermark (Stand März 2009) dargestellten Untersuchung bestanden im niedergelassenen Bereich große Unterschiede zwischen den Vormittags- und Nachmittagsöffnungszeiten, Ordinationszeiten wurden vor allem am Vormittag angeboten und nahmen im Wochenverlauf ab. Am Freitagnachmittag hatten nur ca. 10 bis 15 % der Ärzte offizielle Öffnungszeiten.⁴¹

⁴¹ Siehe RSG Steiermark (Stand März 2009), Seite 109.

Bereitschaftsdienste konnten nur von Ärzten der Allgemeinmedizin mit der Krankenkasse verrechnet werden. Selbst dies galt aber nur für Wochenenden und Feiertage, weshalb für die Wochentagsnächte spezielle Vereinbarungen geschlossen wurden.

- 27.2 Im Interesse einer bestmöglichen Versorgung der tagesklinischen Patienten war nach Ansicht des RH eine Nachbetreuung unbedingt erforderlich. Für die koordinierte Nachbetreuung tagesklinischer Patienten könnten die Öffnungszeiten im niedergelassenen Bereich und der fehlende Bereitschaftsdienst im Facharztbereich ein Problem darstellen. Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, auf eine bessere Verteilung der Ordinationszeiten im niedergelassenen Bereich hinzuwirken.

Wie das Beispiel Tagesklinik Fürstenfeld zeigte, traten kaum Komplikationen zu Hause auf, was einerseits durch den Fokus auf risikoarme Patienten und andererseits auf ein entsprechendes Qualitätsmanagement zurückzuführen war. In diesem Zusammenhang wies der RH auf die Wichtigkeit eines funktionierenden Qualitätsmanagements in der tagesklinischen Versorgung hin.

- 27.3 *Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds Steiermark sei die Verteilung der Ordinationszeiten immer wieder Thema in der Gesundheitsplattform Steiermark. Jedoch könne das Thema der Öffnungszeiten nur im Rahmen des Gesamtvertrags zwischen den Sozialversicherungsträgern und der Ärztekammer behandelt werden.*

- 27.4 Der RH erkannte die Bemühungen des Gesundheitsfonds in Bezug auf eine bessere Verteilung der Ordinationszeiten im niedergelassenen Bereich an und empfahl diese fortzusetzen.

Tageskliniken in der Steiermark

Übersicht

28.1 Nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die dargestellten Tageskliniken:

Tabelle 16: Übersicht Tageskliniken in der Steiermark				
Krankenanstalt	Art der Tagesklinik	Plätze	Tagesklinikanteil in %	Beschreibung
LKH Fürstenfeld	Chirurgische Tagesklinik dislozierte Tagesklinik für Urologie (mit LKH – Universitätsklinikum Graz)	5	5	Straffe und effiziente Organisation, verbesserungswürdige Auslastung
LKH – Universitätsklinikum Graz	Systemisierte¹ Tageskliniken: (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendchirurgie, Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie) nicht systemisierte Tageskliniken: (Augenklinik, Frauenklinik) tagesklinische Behandlungen im Klinikverbund: (z.B. Universitätsklinik für Urologie)	15 Plätze (systemisiert) 8 Plätze (nicht systemisiert)	2	Organisation auf Zentrums-ebene, daher komplexe Struktur, Tageskliniken haben straffe und effiziente Organisation, Projekt zur Erhebung Tagesklinikpotenzial, interdisziplinäre Tageskliniken für Chirurgie und Innere Medizin in Planung bzw. Umsetzung
KH der Elisabethinen Graz	Interdisziplinäre Tagesklinik (Chirurgie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Innere Medizin, Schmerztherapie)	4	3,7	Verbesserungen im Qualitätsmanagement (z.B. durch Checklisten) erforderlich, zügige Umsetzung Schmerzkonzept des KH
LKH Bruck/Mur und LKH Leoben	tagesklinische Behandlungen im Abteilungsverbund	-	0,3 (LKH Bruck/Mur) 0,4 (LKH Leoben)	Geringe tagesklinische Leistungserbringung, hohes nicht ausgenütztes Potenzial

¹ sanitätsbehördlich genehmigte Tagesklinik

Quellen: KAGes, KH der Elisabethinen Graz, eigene Berechnungen RH

28.2 Nach den Feststellungen des RH waren die Tageskliniken bzw. die tagesklinische Leistungserbringung in der Steiermark sehr unterschiedlich organisiert. Sie reichte von beispielgebenden Organisationseinheiten (z.B. LKH Fürstenfeld) bis zu abteilungs- bzw. klinikspezifischen Vorgehensweisen.

LKH Fürstenfeld

29.1 Die chirurgische Tagesklinik im LKH Fürstenfeld wurde im Zuge der so genannten Chirurgiereform⁴² eingerichtet und ging im Jahr 2006 in Betrieb. Seit Ende des Jahres 2007 gab es weiters eine dislozierte tagesklinisch-urologische Versorgung in Kooperation mit der Universitätsklinik für Urologie Graz.

Die Tagesklinik war in einem Zubau (Investitionskosten von rd. 1,14 Mill. EUR) zum Funktionstrakt untergebracht. Diese eigene Organisationseinheit umfasste fünf Plätze; davon einen für die Sonderklasse.

Die Auslastung der Tagesklinik insgesamt lag in den Jahren 2006 bis 2009 zwischen 46 % und 62 %, im ersten Halbjahr 2010 bei 71 %.⁴³ In den auslastungsstarken Monaten (September bis Mai) wurden die Tagesklinikplätze häufig bis zu zweimal am Tag belegt. Zur Entlastung der Universitäts-Augenklinik Graz war eine teilweise Auslagerung der Behandlung der altersbedingten Maculadegeneration⁴⁴ an eine dislozierte Tagesklinik am Standort Fürstenfeld geplant.

Die Prozesse und Verantwortlichkeiten in der Tagesklinik im LKH Fürstenfeld waren detailliert geregelt und in Checklisten für die Ärzte und das Pflegepersonal festgehalten. Für die Patienten standen Informationsblätter und Formulare zur Verfügung. Die anhand Fragebogenbefragung festgestellte Patientenzufriedenheit in der Tagesklinik Fürstenfeld war sehr hoch.

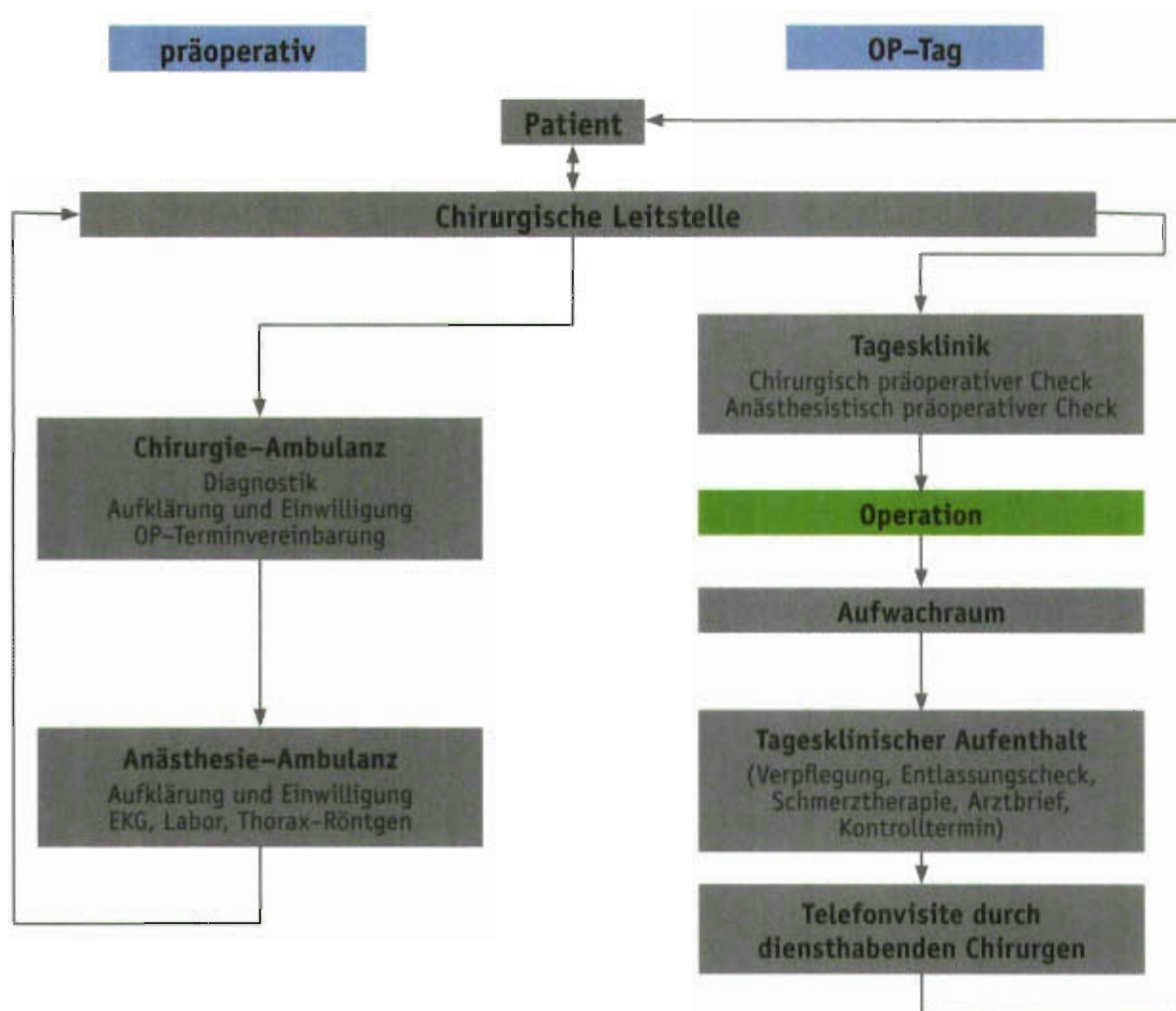
⁴² Die Chirurgiereform umfasste die Restrukturierung von Allgemeinchirurgischen Abteilungen in der Steiermark. Im Fall des LKH Fürstenfeld sah diese folgendermaßen aus: Das Leitspital war das LKH Feldbach mit einer Akut-Allgemeinchirurgie, das LKH Fürstenfeld wurde auf elektive Eingriffe im Rahmen einer Fünf-Tages-Station und eine chirurgische Tagesklinik reduziert. Die Leitung beider Allgemeinchirurgien hatte ein Primarius inne; siehe auch RH Reihe Steiermark 2008/5, TZ 22 ff.

⁴³ Berechnung LKH Fürstenfeld; es wurde von 250 Betriebstagen/Jahr und einer einmaligen Belegung eines Tagesklinikplatzes pro Betriebstag ausgegangen.

⁴⁴ Veränderungen an der Stelle des schärfsten Sehens, die zu Sehverlust führen. Behandelt wird die altersbedingte Maculadegeneration durch die so genannte intravitreale Injektion.

Tageskliniken in der Steiermark

Abbildung 2: Darstellung Hauptprozesse (Grobstruktur) Tagesklinik LKH Fürstenfeld



Quelle: LKH Fürstenfeld; vereinfachte Darstellung

29.2 Die Tagesklinik im LKH Fürstenfeld stellte nach Ansicht des RH ein positives Ergebnis der Chirugiereform dar, wenngleich ihre Auslastung verbesserungswürdig war. Der RH erkannte in diesem Zusammenhang die Bemühungen der KAGes an, durch Leistungsverlagerungen in der Augenheilkunde die Auslastung der Tagesklinik zu erhöhen. Er wies jedoch darauf hin, dass mit der Leistungsverlagerung zumindest eine Ressourcenverschiebung einhergehen muss.

Aufgrund der gut etablierten Prozesse und Abläufe sah der RH die Tagesklinik im LKH Fürstenfeld durchaus als beispielgebend für bestehende bzw. geplante Tageskliniken. Er empfahl der KAGes, die aus der tagesklinischen Praxis in Fürstenfeld gewonnenen Erkenntnisse

-- wie bereits in anderem Zusammenhang geschehen⁴⁵ – für weitere Projekte zu nutzen.

29.3 *Laut Stellungnahme der KAGes sei durch die im RSG Steiermark vorgesehene Verlagerung tagesklinischer Operationen (Chirurgie, Unfallchirurgie und Gynäkologie) vom LKH Feldbach in das LKH Fürstenfeld eine weitere Steigerung der Auslastung der Tagesklinik im LKH Fürstenfeld zu erwarten.*

LKH – Universitäts-
klinikum Graz

30.1 Das Gesamtstrategiekonzept des LKH – Universitätsklinikums Graz vom April 2004 enthielt Überlegungen zum Ausbau der tagesklinischen Versorgung. Angestrebt wurden eine Etablierung von Tageskliniken auf Ebene der einzelnen Zentren und ein tagesklinisches Potenzial (auf Basis einer Schätzung) von ca. 20 % der stationären Leistungen. Wie dieser Anteil erreicht werden soll, ließ das Konzept offen. Der Tagesklinikanteil des LKH – Universitätsklinikums Graz lag 2008 und 2009 bei rd. 2 %.

Am LKH – Universitätsklinikum Graz lief zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ein im Jahr 2010 begonnenes Projekt zur Erhebung des Tagesklinikpotenzials. Im Mittelpunkt standen die chirurgischen Fächer. Es war geplant, in jenen Kliniken mit hohem tagesklinischem Potenzial einen ärztlichen Mentor zu installieren, der eine Erhöhung des Tagesklinikanteils der jeweiligen Klinik unterstützen sollte.

Die Organisation der tagesklinischen Leistungserbringung im LKH – Universitätsklinikum Graz war von Klinik zu Klinik unterschiedlich. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es folgende tagesklinische Betriebsformen:

- systemisierte Tageskliniken: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendchirurgie mit zehn systemisierten Betten, Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie mit fünf systemisierten Betten;
- nicht systemisierte Tageskliniken: z.B. Universitäts-Augenklinik mit zwei stationsintegrierten Vier-Bett-Zimmern, Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einer stationsintegrierten Tagesklinik als Vorbereitung für eine eigene Organisationseinheit;

⁴⁵ Z.B. orientierte sich das Tagesklinikkonzept der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Graz stark am Fürstenfelder Konzept.

Tageskliniken in der Steiermark

- tagesklinische Behandlungen im Klinikverbund: z.B. Universitätsklinik für Urologie, Universitätsklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie.

Tagesklinische Betten waren nicht zusätzlich, sondern ausschließlich durch Umwidmung fachrichtungsspezifischer, vollstationärer Kapazitäten einzurichten. Eine eigene Kostenstelle war zu führen. Die systemisierten Tageskliniken des Klinikums wurden durch eine Reduktion bzw. Umwidmung der Betten geschaffen und verfügten über eigene Kostenstellen. In der Universitäts-Augenklinik mit nicht sanitätsbehördlich genehmigter Tagesklinik standen acht tagesklinisch genutzte Betten einer Reduktion von zwei Betten gegenüber. Es war auch keine eigene Kostenstelle für die Tagesklinik eingerichtet.

In den bestehenden Tageskliniken mit (quasi) eigener Organisationseinheit waren die Prozesse und Verantwortlichkeiten klar definiert und straff organisiert. In den Kliniken, in denen die tagesklinische Leistungserbringung im normalen Klinikbetrieb integriert war, wurde sie häufig von den Bediensteten als organisatorischer Mehraufwand empfunden.

- 30.2 Die in der Gesamtstrategie des LKH – Universitätsklinikums Graz festgelegte Etablierung der Tagesklinik auf Ebene der einzelnen Zentren war nach Ansicht des RH durch die baulichen und die jahrzehntelang gewachsenen klinischen Strukturen bedingt. Grundsätzlich würde sich für eine derart große Krankenanstalt wie dem Universitätsklinikum eine zentrale Tagesklinikeinheit anbieten. Der RH wies auf die Vorteile einer eigenen Organisationseinheit für die Tagesklinik hin, weil die parallele Betreuung von tagesklinischen und vollstationären Patienten aufgrund der konzentrierten Abläufe zu einer erhöhten organisatorischen Herausforderung führte.

Das Projekt zur Forcierung der tagesklinischen Leistungen sah der RH als richtigen Schritt zur Umsetzung der bereits in der Gesamtstrategie 2004 festgelegten tagesklinischen Zielsetzung. Er empfahl dem LKH – Universitätsklinikum Graz, das Projekt zügig voranzutreiben. Das Projekt könnte nach Auffassung des RH auch dazu genutzt werden, die unspezifizierte Zielsetzung der Gesamtstrategie 2004 des LKH – Universitätsklinikums Graz zu detaillieren und zu aktualisieren.

Der RH empfahl dem LKH – Universitätsklinikum Graz, die gut funktionierende Tagesklinik an der Universitäts-Augenklinik auch sanitätsbehördlich genehmigen zu lassen, was mit einer entsprechenden Bettenreduktion einhergehen müsste. Eine eigene Kostenstelle würde höhere Transparenz und eine bessere Beurteilung der Effizienz ermöglichen.

- 30.3 *Laut Stellungnahme der KAGes sei das Projekt zur Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung in das Arbeitsprogramm der Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen der KAGes und der Medizinischen Universität Graz aufgenommen worden. Noch im Jahr 2011 werde ein Konzept zur Steigerung des Tagesklinikanteils an den Potenzialkliniken bis zum Jahr 2015 erstellt werden. Zur sanitätsbehördlichen Genehmigung der Tagesklinik an der Universitäts-Augenklinik nahm die KAGes nicht Stellung.*

Der Gesundheitsfonds Steiermark teilte mit, im Tagesklinikprojekt des LKH – Universitätsklinikums Graz involviert zu sein.

- 31.1 Das Programm LKH – Universitätsklinikum 2020⁴⁶ beinhaltet u.a. die Gesamtadaptierung bzw. die Sanierung des Chirurgieblocks. Die Zielplanung und die Betriebsorganisation sahen für die Chirurgie eine interdisziplinäre Tagesklinik vor. Diese sollte laut Planungsstand April 2010 18 Plätze umfassen. Bei der Dimensionierung der Tagesklinik ging man von rd. 4.300 tagesklinischen Patienten jährlich aus; im Jahr 2009 verzeichneten die betreffenden Kliniken rd. 1.700 tagesklinische Patienten.

Aufgrund der voraussichtlich langen Baudauer von 15 bis 20 Jahren inkludierte die Sanierung der Chirurgie auch Projekte zur mittelfristigen Adaptierung (so genannte MAC 1- und 2-Projekte). Das Teilprojekt „Ambulanz Süd“ umfasste die Errichtung eines Eingriffstraums für kleinere – in den Tagesklinikbereich fallende – geplante Eingriffe.

Für die Universitätsklinik für Innere Medizin führte ein externes Beratungsunternehmen eine Potenzialabschätzung durch, in der insgesamt ca. 2.000 bis 2.400 tagesklinisch erbringbare Leistungen (rd. 17 % der stationären Fälle) errechnet wurden.⁴⁷ Dies bedeutete gegenüber dem Ist-Stand eine Steigerung von ca. 1.100 bis 1.400 Fälle pro Jahr. Es sollten insgesamt zehn tagesklinische Plätze geschaffen werden.

Die Ergebnisse der Studie wurden in die Planungen für den im Projekt LKH 2000⁴⁸ inkludierten Um- und Zubau der Universitätsklinik für Innere Medizin berücksichtigt. Im Rahmen einer interdisziplinären Tagesklinik für Innere Medizin sollten nunmehr neun Tagesklinikliegen und fünf tagesklinische Betten für interventionelle Eingriffe errichtet

⁴⁶ Projektvolumen 446 Mill. EUR mit einer Laufzeit von 15 bis 20 Jahren

⁴⁷ z.B. Gastroenterologie: aufwendige endoskopische Diagnostik, Leberbiopsien; Nephrologie: kurze Diagnostikaufenthalte für Therapieplanung, Nierenbiopsien; Kardiologie: diagnostische Herzkatheteruntersuchungen

⁴⁸ Das Projekt LKH 2000 ist das Vorgängerprojekt des Programms LKH – Universitätsklinikum 2020, das im Zeitraum 1991 bis 2013 umgesetzt wird.

Tageskliniken in der Steiermark

werden. Für die Hämatologie und Onkologie waren eigene Therapieplätze in ihren Ambulanzen vorgesehen. Die Umsetzung des betreffenden Bauabschnitts hatte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gerade begonnen.

- 31.2 Ein Vergleich der derzeitigen tagesklinisch versorgten Patienten mit den Plandaten zeigte einen wesentlichen Verlagerungsbedarf. Der RH würdigte die zwischenzeitliche Errichtung eines Eingriffsaums in der „Ambulanz Süd“, um die Entwicklung der Tagesklinik zu fördern. Weiters erschien es auch erforderlich, rechtzeitig die Organisationsabläufe in den Tageskliniken festzulegen, um ein effizientes und straffes Management dieser Einheiten zu gewährleisten.

Der RH empfahl dem LKH – Universitätsklinikum Graz, die interdisziplinären Tageskliniken zu evaluieren, die Organisationsabläufe den Ergebnissen entsprechend zu adaptieren und die Kapazitäten – sowohl im Bereich der Tagesklinik als auch der Normalpflege – allenfalls anzupassen.

Krankenhaus der
Elisabethinen Graz

Überblick tagesklinische Leistungen

- 32.1 Im KH der Elisabethinen war eine eigene interdisziplinäre Tagesklinik mit vier systemisierten Betten eingerichtet. Sie war an zwei Tagen pro Woche jeweils acht Stunden geöffnet. Die Prozesse der Tagesklinik waren grundsätzlich klar strukturiert. Eigene Checklisten für den tagesklinischen Ablauf im Sinne eines Qualitätsmanagements gab es jedoch nicht.

Die Anzahl der Patienten stieg seit Eröffnung der Tagesklinik im Jahr 2006 an und erreichte im Jahr 2009 den Stand von rd. 1.100 Patienten. Der Großteil der Leistungen wurde als sonstige Null-Tagesfälle abgerechnet. Darunter waren jedoch auch endoskopische⁴⁹ Untersuchungen, die in anderen Krankenanstalten üblicherweise ambulant erbracht wurden.

Eine Analyse des RH im Ein- und Zwei-Tagesbereich der tagesklinisch erbringbaren, jedoch im Jahr 2009 vollstationär erbrachten Leistungen ergab für die Chirurgische Abteilung ein Potenzial von rd. 190 Leistungen (rd. 350 Belagstage) und für die Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde ein Potenzial von rd. 400 Leistungen (rd. 670 Belagstage).

⁴⁹ Untersuchung von Körperhöhlräumen (meist Magen-, Darmbereich) mittels eines schlauchförmigen optischen Gerätes

32.2 Aufgrund der durchwegs steigenden Fallzahlen in der Tagesklinik des KH der Elisabethinen Graz regte der RH ein entsprechendes Qualitätsmanagement an, um die bestmögliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten. In diesem Sinne empfahl er dem KH der Elisabethinen Graz, für die tagesklinischen Abläufe eigene Checklisten zu erarbeiten. Weiters empfahl der RH dem KH der Elisabethinen Graz, die endoskopischen Untersuchungen – wenn medizinisch möglich – im ambulanten Bereich zu erbringen.

Wie die Analyse des RH zeigte, bestand für die Abteilungen für Chirurgie sowie Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde ein noch nicht ausgeschöpftes tagesklinisches Potenzial von rd. 1.000 Belagstagen. Der RH empfahl daher, die tagesklinische Leistungserbringung in diesen beiden Abteilungen weiter zu forcieren.

32.3 *Laut Stellungnahme des KH der Elisabethinen Graz würden die Prozessabläufe und die dazugehörigen Checklisten der Tagesklinik im Rahmen eines Qualitätsmanagementzirkels dokumentiert und evaluiert werden. Bezüglich der Ausweitung der tagesklinischen Leistungserbringung wäre bereits ein strategisches Projekt initiiert worden. Das KH der Elisabethinen Graz werde versuchen, endoskopische Untersuchungen ambulant zu erbringen.*

Schmerztherapie

33.1 Einen erheblichen Teil der tagesklinischen Leistungen des KH der Elisabethinen Graz erbrachte die Abteilung für Anästhesie im Rahmen der Schmerztherapie⁵⁰; es handelte sich dabei v.a. um invasive Wirbelsäulenverfahren.⁵¹

Das KH der Elisabethinen Graz verfügte über eigene systemisierte Betten für Schmerztherapie. Der aktuelle RSG Steiermark sah einen Ausbau des Angebots auf vierzehn Betten vor, knüpfte dies jedoch an eine externe Evaluierung.

Im Herbst 2009 führte ein externes Beratungsunternehmen im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark eine Belegungsanalyse durch, um eine eventuell bestehende Über- oder Fehlversorgung in der Schmerzmedizin zu untersuchen. Analysiert wurde auch das interdisziplinäre Schmerzkonzept des KH der Elisabethinen Graz vom Juli 2009.

⁵⁰ Von den in der Tagesklinik im Jahr 2009 erzielten LKF-Punkten entfielen knapp über 80 % auf die Schmerztherapie.

⁵¹ CT-gezielte Nervenwurzelblockade, CT-gezielte Facettendenergie, CT-gezielte Chemonukleolyse

Tageskliniken in der Steiermark

Die Untersuchung ergab v.a. Handlungsbedarf hinsichtlich der Etablierung der multimodalen Schmerztherapie⁵² inklusive eines interdisziplinären Assessments. Bezüglich der invasiven Wirbelsäulenverfahren kam sie zum Schluss, dass ein Vorgehen nach einem abgestuften Versorgungsplan fehlte, wodurch der Zeitpunkt der invasiven Therapie in **Frage** zu stellen war. Das Schmerzkonzept wurde als für den Aufbau eines interdisziplinären Schmerzzentrums grundsätzlich geeignet beurteilt.

Laut dem Schmerzkonzept des Krankenhauses vom Juli 2009 sollen die Betten für Schmerztherapie zukünftig gemeinsam mit einer Spezialambulanz und der Tagesklinik die zentralen Elemente des interdisziplinären Schmerzzentrums bilden.

- 33.2 Der RH befürwortete die Initiative des Gesundheitsfonds Steiermark, die hohe Anzahl an invasiven Eingriffen in der Schmerztherapie auf ein der bestehenden Evidenz und den Leitlinien entsprechendes Ausmaß zurückzuführen. Er empfahl dem Gesundheitsfonds Steiermark, weiterhin die invasiven Wirbelsäulenverfahren am KH der Elisabethinen Graz zu beobachten.

Das vorliegende Schmerzkonzept enthielt grundsätzlich die Elemente zur Etablierung einer multimodalen Schmerztherapie. Der RH empfahl dem KH der Elisabethinen Graz, die Umsetzung des Konzepts zügig voranzutreiben.

- 33.3 *Laut Stellungnahme des KH der Elisabethinen Graz werde das Schmerzkonzept unter Einbeziehung aller Beteiligten zügig weiterverfolgt werden.*

Der Gesundheitsfonds Steiermark teilte mit, dass im März 2011 erneut eine Belegungsanalyse in der Schmerzabteilung und eine Beurteilung des Umsetzungsstands des Schmerzkonzepts stattgefunden hätten. Hinsichtlich der Umsetzung des Schmerzkonzepts wäre eine positive Entwicklung feststellbar. Auffällig wäre jedoch die weiterhin bestehende große Anzahl an invasiven Wirbelsäulenverfahren. Es sei geplant, die aus der Belegungsanalyse hervorgehenden Empfehlungen gemeinsam mit dem KH der Elisabethinen Graz umzusetzen.

⁵² Die multimodale Schmerztherapie ist eine gleichzeitige, inhaltliche, zeitlich in der Vorgehensweise integrierte und konzeptionell abgestimmte Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen.

33.4 Der RH nahm die Bemühungen des Gesundheitsfonds hinsichtlich der Umsetzung des multimodalen Therapiekonzepts und der Beobachtung der invasiven Wirbelsäulenverfahren am KH der Elisabethinen Graz positiv zur Kenntnis und bekräftigte die Notwendigkeit, diese konsequent weiterzuverfolgen.

LKH Bruck an der Mur
und LKH Leoben

34.1 (1) Für die LKH Bruck an der Mur und Leoben gab es eine gemeinsame Struktur- und Zielplanung, die eine neue Aufgabenteilung zwischen den beiden Krankenanstalten und neue Schwerpunkte in der medizinischen Versorgung festlegte. Diese Planung war auch Grundlage für den Zu- und Umbau des LKH Leoben (LKH Leoben 2020⁵³), der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Gange war.

Die gemeinsame Struktur- und Zielplanung sah im LKH Bruck an der Mur für den Planungshorizont 2010–13 tagesklinische Plätze und im LKH Leoben 24 tagesklinische Plätze vor. Weitere Detailplanungen zur tagesklinischen Versorgung lagen – auch im Zuge des Zu- und Umbaus des LKH Leoben – nicht vor.

(2) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestand weder am LKH Bruck an der Mur noch am LKH Leoben eine eigene tagesklinische Einrichtung; es gab unterschiedliche, abteilungsspezifische Vorgehensweisen. Insgesamt rechnete das LKH Bruck an der Mur im Jahr 2009 rd. 100 tagesklinische Leistungen und das LKH Leoben insgesamt rd. 180 tagesklinische Leistungen ab.

Eine Auswertung der KAGes für das Jahr 2009 ergab für das LKH Bruck an der Mur ein Potenzial von rd. 2.300 Tagen (ca. acht tagesklinische Plätze) an tagesklinisch erbringbaren Leistungen, davon waren über 80 % Katarakt-Operationen. Für das LKH Leoben lag das Entlastungspotenzial bei rd. 400 Belagstagen.

34.2 Der RH stellte für die LKH Bruck an der Mur und Leoben eine äußerst geringe tagesklinische Leistungserbringung fest, die weit unter den Planwerten der gemeinsamen Struktur- und Zielplanung lag. Er vermisste weiters konkrete Detailplanungen für die Tagesklinik im Rahmen des Projekts LKH Leoben 2020. Aufgrund der höheren Wirtschaftlichkeit wären Überlegungen für eine an einem Standort gemeinsam betriebene, interdisziplinäre Tagesklinik anzustellen.

⁵³ mit einem Investitionsvolumen von rd. 179 Mill. EUR; siehe Beschluss Landtag Steiermark Nr. 705 vom 3. Juli 2007

Tageskliniken in der Steiermark

Der RH wiederholte seine Empfehlung gegenüber dem LKH Bruck an der Mur – insbesondere in Bezug auf die Augenabteilung – Maßnahmen zur Erhöhung des Tagesklinikanteils zu ergreifen (siehe auch TZ 18).

- 34.3 *Laut Stellungnahme der KAGes sei die Diskrepanz zwischen dem Tagesklinikanteil der gemeinsamen Struktur- und Zielplanung (16 %) und dem tatsächlichen Anteil v.a. auf die ambulanten Chemotherapien (insbesondere LKH Leoben) zurückzuführen. Weiters sei in den Tagesklinikplätzen des LKH Leoben der Bedarf für die derzeit noch nicht bestehenden Abteilungen für Strahlentherapie und Psychiatrie enthalten.*

In den Grobplanungen des Zu- und Umbaus des LKH Leoben wäre sehr wohl die Einrichtung einer tagesklinischen Station berücksichtigt worden. Dringende Priorität bestehe derzeit jedoch für die bauliche Erneuerung von nicht-bettenführenden Funktionsbereichen (OP-, Labor- und Ambulanzbereiche). Die Adaptierung von Stationsbereichen sei erst zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen, weshalb die Detailplanung für die tagesklinische Station möglichst zeitnah zur Umsetzung erfolgen soll.

Überlegungen zur Umsetzbarkeit einer gemeinsamen interdisziplinären Tagesklinik würden im Rahmen der Konkretisierung des Krankenanstaltsverbunds Bruck an der Mur und Leoben angestellt werden.

- 34.4 Der RH vermisste Detailplanungen zur tagesklinischen Versorgung im Zuge des Zu- und Umbaus des LKH Leoben insofern, als Tagesklinik-einheiten i.d.R. im engen Konnex zum OP-Bereich stehen und häufig auch in dessen örtlichen Verbund platziert sind. Aufgrund der aktuellen Umbauphase der Funktionsbereiche – v.a. OP-Bereich – hielt er deshalb die Berücksichtigung der (zukünftigen) tagesklinischen Leistungserbringung für unbedingt erforderlich. Der RH hielt an seiner Kritik hinsichtlich fehlender Detailplanungen fest.

**Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel
des Landes Steiermark****Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen**

35 Zusammenfassend empfahl der RH:

BMG

(1) Der LKF-Tagesklinikcatalog wäre zu evaluieren und an die tatsächlichen Erfordernisse anzupassen. (TZ 6)

(2) Ausgewählte konservative Leistungen wären bei der Weiterentwicklung des Tagesklinikmodells – mit einer deutlichen Abgrenzung zu ambulanten Leistungen – zu berücksichtigen. (TZ 6)

(3) Die Anwendung des Modells zur Begründung von Null-Tagesfällen wäre im Rahmen der mittelfristigen Weiterentwicklung des LKF-Systems zu prüfen. (TZ 11)

(4) Die Einführung einer bundesweit einheitlichen, leistungsorientierten und sektorübergreifenden Finanzierung ambulanter Leistungen wäre zügig voranzutreiben. (TZ 10, 11)

Gesundheitsfonds Steiermark

(5) Ein steiermarkweites Gesamtkonzept für die tagesklinische Leistungserbringung mit vorrangig strukturellen Maßnahmen wäre zu erarbeiten. (TZ 13, 24)

(6) Das Genehmigungsverfahren für tagesklinische Leistungen wäre zu vereinfachen und neben einer Grundsatzgenehmigung auf (wesentliche) Änderungen des Versorgungsauftrags, des LKF-Tagesklinikcatalogs und der Leistungen der Krankenanstalten zu reduzieren. (TZ 12)

(7) Die invasiven Wirbelsäulenverfahren am Krankenhaus der Elisabethinen Graz wären zu beobachten. (TZ 33)

(8) Vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz wäre die tagesklinische Leistungserbringung in der gynäkologischen Abteilung einzufordern. (TZ 19)

(9) Das Projekt „präoperative Untersuchung“ wäre zügig voranzutreiben. (TZ 26)

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

(10) Auf eine bessere Verteilung der Ordinationszeiten im niedergelassenen Bereich im Tages- bzw. Wochenverlauf wäre hinzuwirken. (TZ 27)

BMG und Gesundheitsfonds Steiermark

(11) Eine Begründungspflicht für längere Belagsdauern bei Leistungen, die standardmäßig tagesklinisch erbracht werden können, sollte in Betracht gezogen werden. (TZ 11)

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

(12) Ein KAGes-weites Gesamtkonzept für die tagesklinische Leistungserbringung mit vorrangig strukturellen Maßnahmen wäre in Abstimmung mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark zu erarbeiten. Dieses Konzept sollte über alle Unternehmensebenen (inklusive Abteilungsleiter) umgesetzt werden. (TZ 14, 24)

(13) Die Einhaltung der Zielvereinbarungen mit den Anstaltsleitungen zur Erhöhung des Tagesklinikanteils wäre laufend zu evaluieren, um rechtzeitig auf Abweichungen reagieren zu können. (TZ 21)

(14) Für die Einhaltung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wäre im LKH Fürstenfeld in Bezug auf die Chemotherapien Sorge zu tragen. (TZ 8)

(15) In der neu zu verhandelnden Vereinbarung über Sondergebühren bei tagesklinischen Leistungen wäre von der 24-Stunden-Definition abzusehen und eine Anpassung an das LKF-Tagesklinikmodell vorzunehmen sowie deren Anwendungsbereich auch für weitere Fachbereiche (z.B. entsprechend dem LKF-Tagesklinik-katalog) zu öffnen. (TZ 20)

(16) Die tagesklinische Versorgung in der Allgemein-, der Unfallchirurgie und Orthopädie wäre zu forcieren. (TZ 17)

(17) Die aus der tagesklinischen Praxis in Fürstenfeld gewonnenen Erkenntnisse (z.B. das Prozessmodell zur präoperativen Phase) wären für weitere Projekte zu nutzen. (TZ 25, 29)

(18) Die begonnene Standardisierung zur Patientenaufklärung wäre weiter fortzusetzen. (TZ 25)



Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen



Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark

(19) Die Standardisierung der Patientenabklärung sollte vorange-
trieben werden. (TZ 26)

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. und Gesund-
heitsfonds Steiermark

(20) Die Weiterentwicklung der Projektinitiative des LKH Graz West
wäre voranzutreiben. (TZ 14)

Gesundheitsfonds Steiermark, Krankenhaus der Elisabethinen GmbH
und Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

(21) Es wäre an der Ausweitung der tagesklinischen Leistungen zu
arbeiten. (TZ 22)

Landeskrankenhaus – Universitätsklinikum Graz

(22) Das Projekt zur Forcierung der tagesklinischen Leistungserbrin-
gung am Universitätsklinikum wäre zügig voranzutreiben. (TZ 30)

(23) Die Organisationsabläufe in den interdisziplinären Tageskli-
niken Chirurgie und Innere Medizin wären rechtzeitig festzulegen.
Die interdisziplinären Tageskliniken wären zu evaluieren, die Orga-
nisationsabläufe den Ergebnissen entsprechend zu adaptieren und
die Kapazitäten – sowohl im Bereich der Tagesklinik als auch bei
der Normalpflege – allenfalls anzupassen. (TZ 31)

(24) Die Tagesklinik an der Universitäts–Augenklinik wäre auch
sanitätsbehördlich genehmigen zu lassen. (TZ 30)

(25) Es wären Maßnahmen zu setzen, um das Tagesklinikpotenzial
an der Universitäts–Augenklinik zu heben. (TZ 18)

Landeskrankenhaus Bruck an der Mur

(26) Es wären Maßnahmen zur Erhöhung des Tagesklinikanteils an
der Augenabteilung – insbesondere bei Katarakt–Operationen – zu
ergreifen. (TZ 18, 34)

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

(27) Es wären organisatorische Maßnahmen (z.B. Präanästhesieambulanz) zu ergreifen, um die medizinische Aufklärung der Patienten an der Augenabteilung zeitlich vorzuverlegen. (TZ 25)

Landeskrankenhaus Bruck an der Mur und Landeskrankenhaus Leoben

(28) Es wären Überlegungen für eine an einem Standort gemeinsam betriebene, interdisziplinäre Tagesklinik anzustellen. (TZ 34)

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., Landeskrankenhaus – Universitätsklinikum Graz, Landeskrankenhaus Deutschlandsberg und Landeskrankenhaus Leoben

(29) Die tagesklinische Leistungserbringung in den jeweiligen gynäkologischen Abteilungen wäre voranzutreiben. (TZ 19)

Krankenhaus der Elisabethinen GmbH

(30) Die tagesklinische Leistungserbringung wäre in den Abteilungen für Chirurgie sowie Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde weiter voranzutreiben. (TZ 32)

(31) Für die tagesklinischen Abläufe wären im Sinne eines Qualitätsmanagements eigene Checklisten zu erarbeiten. (TZ 32)

(32) Die Umsetzung des interdisziplinären Schmerzkonzepts wäre zügig voranzutreiben. (TZ 33)

(33) Endoskopische Untersuchungen wären – wenn medizinisch möglich – ambulant zu erbringen. (TZ 32)

ANHANG

Entscheidungsträger der überprüften Unternehmung

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in Blaudruck



ANHANG
Entscheidungsträger

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H

Aufsichtsrat

Vorsitzender	Thomas JÖZSEFFI (19. Dezember 2005 bis 5. Dezember 2010)
	Dr. Peter RIEDLER (seit 13. Dezember 2010)
Stellvertreter des Vorsitzenden	Anton FISCHER-FELGITSCH (19. Dezember 2005 bis 30. September 2007)
	Dr. Karin SCHAUPP (23. Oktober 2007 bis 5. Dezember 2010)
	Thomas JÖZSEFFI (seit 13. Dezember 2010)

Vorstand

	Ernst HECKE (1. April 2004 bis 31. März 2008)
	Dipl.-Ing. Christian KEHRER (1. April 2004 bis 31. März 2008)
	Univ.-Prof. Dr. Michael HÖLLWARTH (1. April 2008 bis 8. Mai 2008)
	Dipl.-Ing. Dr. Werner LEODOLTER (seit 1. April 2008)
	Dipl.-KHBW Ernst FARTEK, MBA (seit 1. April 2008)
	Univ.-Prof. Dr. Petra KOHLBERGER, MSc (seit 2. Februar 2009)

**R
H**



Bericht des Rechnungshofes

IT-Betriebssicherheit im Arbeitsmarktservice



Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	200
Abkürzungsverzeichnis	201

BMASK**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz****IT-Betriebssicherheit im Arbeitsmarktservice**

KURZFASSUNG	203
Prüfungsablauf und -gegenstand	207
Rahmenbedingungen	208
Neuausschreibung der IT-Dienstleistungen	211
Transition	213
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen	221

Tabellen



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	IT-Kosten des AMS	210
Tabelle 2:	Ausgaben für externe Dienstleistungen betreffend Unterstützung des Vergabeverfahrens „Neuaus- schreibung AMS IT-Unterstützung“	212

Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

AMS	Arbeitsmarktservice
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
EUR	Euro
IT	Informationstechnologie
Mill.	Million(en)
PC	Personalcomputer
rd.	rund
RH	Rechnungshof
SV	Sozialversicherung
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
VBÄ	Vollbeschäftigungsäquivalente

R
H

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

IT-Betriebssicherheit im Arbeitsmarktservice

Das Arbeitsmarktservice traf bei der Neuausschreibung seiner IT-Dienstleistungen keine ausreichenden Vorkehrungen, um die Risiken eines Übergangs der IT-Dienstleistung auf einen allfällig neuen IT-Dienstleister bestmöglich zu minimieren. Die Gestaltung dieses Übergangs gab das Arbeitsmarktservice nicht im Einzelnen vor. Es bestand keine konkrete Vereinbarung zwischen dem Arbeitsmarktservice und dem bisherigen IT-Dienstleister, neben dem laufenden Betrieb einen Übergang zu einem neuen IT-Dienstleister zu unterstützen.

Um einen Ausfall oder eine anhaltende Störung des IT-Betriebs in den rd. 100 regionalen Geschäftsstellen zu vermeiden, beabsichtigte das Arbeitsmarktservice die Verträge mit dem bisherigen IT-Dienstleister erst zu kündigen, wenn der Übergang vom bisherigen zum neuen IT-Dienstleister abgeschlossen ist.

Für externe Dienstleistungen zur Planung und Durchführung des Vergabeverfahrens gab das Arbeitsmarktservice bis Ende 2010 rd. 3,82 Mill. EUR aus.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel	Der RH überprüfte die „Neuausschreibung IT-Unterstützung“ des Arbeitsmarktservice (AMS) mit dem Ziel zu beurteilen, ob diese für den Übergang auf einen allfällig neuen IT-Dienstleister alle Vorkehrungen beinhaltete, um einen alle Ansprüche der Kunden sichernden Betrieb zu gewährleisten. (TZ 1)
Rahmenbedingungen	Aufgaben und Organisation des AMS Das AMS hat im Wesentlichen die Aufgabe, Arbeitskräfte zu vermitteln, für eine allfällige Umschulung und Weiterbildung zu sorgen und die Existenz der Arbeitslosen zu sichern. Diese Aufgaben

Kurzfassung

erfüllten die Bundesgeschäftsstelle, neun Landesgeschäftsstellen und rd. 100 regionale Geschäftsstellen. (TZ 2)

Zur Unterstützung bei der Erfüllung seiner Aufgaben verfügte das AMS über ein zentrales IT-System, das alle Organisationseinheiten mit rd. 90 Applikationen flächendeckend versorgte. Die Mitarbeiter im AMS bearbeiteten 2010 bspw. 1.231.019 Anträge auf Sozialversicherungsleistungen, genehmigten 550.351 Beihilfen und erstellten 240.072 Betreuungspläne von arbeit- und lehrstellensuchenden Personen. Im Hinblick auf die große Anzahl der IT-unterstützt bearbeiteten Geschäftsfälle war der IT-Betriebssicherheit des AMS besondere Bedeutung beizumessen. (TZ 2)

Vertragsgestaltung der IT-Leistungen

Das AMS Österreich bezog nahezu die gesamte IT-Unterstützung für die Bereiche IT-Infrastruktur, Betrieb, Betreuung, Schulung, Wartung und Entwicklung von einem externen IT-Dienstleister als Generalunternehmer aufgrund eines Werkvertrags aus dem Jahr 1994 sowie einzelner ergänzender Vereinbarungen. (TZ 3)

Kosten der IT

Die Gesamtkosten für den Betrieb der IT des AMS betragen im Jahr 2010 rd. 60,52 Mill. EUR; diese setzten sich aus internen Personalkosten des AMS (2,79 Mill. EUR) sowie Kosten für erbrachte IT-Dienstleistungen (57,73 Mill. EUR) zusammen. Der Großteil der Kosten für erbrachte IT-Dienstleistungen – etwa 87 % – entfiel auf den bisherigen Generalunternehmer. Für rd. 50 % der zu erbringenden Dienstleistungen vereinbarte das AMS mit dem Generalunternehmer eine pauschale Kostenverrechnung. Eine Zuordnung von Kosten zu Einzelleistungen erfolgte nicht. Ein umfassendes Kostencontrolling fehlte. (TZ 5)

Neuausschreibung der IT-Dienstleistungen

Voraussetzungen

Bereits im Bericht Reihe Bund 2002/4 hatte der RH eine Neuausschreibung der IT-Leistungen empfohlen, um zu überprüfen, ob der seit 1994 veränderten Markt- und Preissituation Rechnung getragen wurde und dadurch ein wirtschaftlicheres Ergebnis zu erreichen wäre. Ende 2006 beschloss der Verwaltungsrat des AMS, eine Neuausschreibung der AMS IT-Unterstützung. Ende 2008 leitete der

Vorstand des AMS das Vergabeverfahren zur Neuausschreibung in Form eines Verhandlungsverfahrens mit öffentlicher Bekanntmachung ein. (TZ 6, 8)

Kosten der Ausschreibung

Für die Planung und die Durchführung dieses Vergabeverfahrens bediente sich das AMS externer Unterstützung. Zwischen 1. Jänner 2007 und 31. Dezember 2010 beliefen sich die Kosten hierfür auf rd. 3,82 Mill. EUR. Die darin enthaltenen Dienstleistungsaufträge für die allgemeine rechtliche Unterstützung sowie die rechtliche Unterstützung im Vergabeverfahren (insgesamt rd. 1,60 Mill. EUR) vergab das AMS ohne öffentliches Vergabeverfahren. Somit konnte das AMS die Angemessenheit der dafür verrechneten Preise nicht beurteilen. (TZ 7)

Transition

Vorgaben des AMS

Die Übernahme der IT-Applikationen von den IT-Anlagen des bisherigen IT-Dienstleisters auf die IT-Anlagen eines allfällig künftigen Auftragnehmers sowie die Übernahme der weiteren IT-Dienstleistungen (bspw. Betreuung, Schulung, Wartung und Entwicklung) wird als Transition bezeichnet. Sollte es während der Transition zu einem Ausfall oder anhaltender Störung des IT-Betriebs kommen, würde das für das AMS bzw. für die Kunden bedeuten, dass bspw. eine IT-unterstützte Vermittlung von Arbeitslosen nicht möglich wäre oder Leistungen nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz nicht bzw. nicht rechtzeitig ausbezahlt werden könnten. (TZ 9)

Das AMS gab den Prozess der Transition nicht im Einzelnen vor. Der künftige Auftragnehmer hatte zehn Wochen nach Zuschlagerteilung auf Grundlage seines Grobkonzepts in Abstimmung mit dem AMS und dem bisherigen IT-Dienstleister ein Feinkonzept für die operative Durchführung der Transition zu entwickeln. Die detaillierte organisatorische und technische Abstimmung zwischen bisherigem und neuem IT-Dienstleister erst im Feinkonzept vorzunehmen, war risikoreich. (TZ 9, 10)

Für den bisherigen IT-Dienstleister beinhalteten die bestehenden Verträge keine einzeln konkretisierte Festlegung, welche Pflichten der bisherige IT-Dienstleister hatte, den Übergang zu einem neuen IT-Dienstleister neben dem laufenden Betrieb zu unterstützen. Vertragliche Mitwirkungspflichten bestanden erst nach Kündigung der

Kurzfassung

Dienstleistungen. Um den laufenden Betrieb während der Transition sicherzustellen, beabsichtigte das AMS, die bestehenden Verträge mit dem bisherigen IT-Dienstleister erst dann zu kündigen, wenn die Überleitung der konkreten Dienstleistung an den künftigen IT-Dienstleister abgeschlossen ist. (TZ 4, 10, 12, 14)

Das AMS hatte eine unabhängige technische Überprüfung der Transitionskonzepte auf Risikominimierung und Machbarkeit nicht in Erwägung gezogen. (TZ 9)

Leistungsparameter

Eine Statistik über die Verfügbarkeit jeder einzelnen Applikation am Arbeitsplatz fehlte. Die Anforderungen für solche Abnahmekriterien an den künftigen IT-Dienstleister konnten daher nicht aus vorhandenen Erfahrungswerten abgeleitet werden. (TZ 13)

Risikofaktoren

Der bisherige IT-Dienstleister hatte auch während der Kündigungsfrist seine Leistungen weiterhin bereitzustellen. Das AMS hatte die IT-Dienstleistungen zwischen Kündigung und Ende der Kündigungsfrist sowohl an den neuen als auch an den bisherigen IT-Dienstleister zu bezahlen. (TZ 12)

Als zentralen Punkt für die IT-Betriebssicherheit wertete das AMS den Einsatz von eingearbeitetem, sachkundigem IT-Personal. Vertragliche Vereinbarungen mit dem bisherigen IT-Dienstleister, die den erforderlichen Know-how-Transfer konkret sicherstellen sollten, fehlten. (TZ 15)

Die Beurteilung, ob ein Betriebsübergang nach dem Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz vorliegt, kann erst nach der Ausgestaltung der Transition bzw. nach Vorliegen des Transition-Groß- bzw. Feinkonzepts beurteilt werden. Dieses Gesetz sieht im Falle eines Betriebsübergangs vor, dass ein neuer Inhaber eines Betriebs oder Betriebsteils als Arbeitgeber mit allen Rechten und Pflichten in die bestehenden Arbeitsverhältnisse zwingend eintritt. (TZ 16)

IT-Betriebssicherheit im Arbeitsmarktservice

Kenndaten zur IT des AMS	
Unterstützung durch Einsatz der IT in folgenden ausgewählten Bereichen:	
Leistungen 2010	Anzahl
bearbeitete Anträge SV-Leistungen	1.231.019
erledigte Anträge	876.514
davon Altersteilzeitgeld	6.550
davon Arbeitslosengeld	601.288
davon Notstandshilfe	219.043
davon Pensionsvorschuss	36.790
davon Übergangsgeld	2.244
davon Weiterbildungsgeld	10.597
Genehmigung von Beihilfen	550.351
Betreuungspläne von arbeit- und lehrstellensuchenden Personen	240.072

Quelle: AMS

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 Der RH überprüfte von November 2010 bis Jänner 2011 die Gebarung des AMS mit dem Ziel zu beurteilen, ob das AMS bei der „Neuausschreibung AMS IT-Unterstützung“ für den Übergang auf einen allfälligen neuen IT-Dienstleister (Transition) alle Vorkehrungen traf, um einen sämtlichen Ansprüchen der Kunden sichernden Betrieb zu gewährleisten. Die Überprüfung bezog sich daher auf die in der Ausschreibung für die Transition enthaltenen Planungen, Vorgaben und Konzepte.

Nicht Gegenstand der Überprüfung war das Vergabeverfahren, das während der Gebarungsprüfung noch nicht abgeschlossen war.

Zu dem im Mai 2011 übermittelten Prüfungsergebnis nahm das AMS im Juni 2011 Stellung. Das BMASK teilte im Juli 2011 mit, keine gesonderte Stellungnahme abgeben zu wollen und verwies auf die Stellungnahme des AMS. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Oktober 2011.

Das AMS wies darauf hin, dass die Erhebungen des RH aufgrund der Überprüfungsverfahren beim Bundesvergabeamt zu einem denkbar schlechten Zeitpunkt und mit unangenehmer begleitender Medienberichterstattung begonnen worden wären.

Der RH betonte, dass er in Hinblick auf die Gebarungsrelevanz und die Tragweite für die Aufgabenerbringung des AMS die abgeschlossenen Projektstadien, insbesondere die Vorkehrungen des AMS für

einen allfälligen sicheren Übergang auf eine neuen IT-Dienstleister, geprüft habe. Das laufende Vergabeverfahren war nicht Gegenstand der Überprüfung.

Rahmenbedingungen

Aufgaben und Organisation des AMS

2.1 Die wichtigsten Aufgaben des AMS waren

- eine möglichst wirtschaftliche und treffsichere Arbeitskräftevermittlung,
- Umschulungen,
- Weiterbildung sowie
- die wirtschaftliche Existenzsicherung von Arbeitslosen.

Das AMS war in eine Bundes-, neun Landes- und rd. 100 Regionalorganisationen gegliedert.

Zur Unterstützung seiner Aufgaben verfügte das AMS über eine zentrale IT-Ausstattung mit rd. 90 IT-Applikationen, die alle Bereiche flächendeckend österreichweit versorgte.

Die IT-Leistungen im AMS bestanden aus den drei Prozessgruppen interne Managementprozesse, interne Supportprozesse und Kernprozesse (für die Kunden des AMS). Die Kernprozesse beinhalteten die Aufgabenstellungen Arbeitskräfte unterstützen, Unternehmen unterstützen und arbeitsmarktpolitische Partner informieren.

In den Geschäftsstellen des AMS waren ca. 6.000 PC, 5.900 Drucker sowie 800 Notebooks im Einsatz. Die Mitarbeiter des AMS bearbeiteten 2010 IT-unterstützt bspw. 1.231.019 Sozialversicherungsanträge, genehmigten 550.351 Beihilfen und erstellten 240.072 Betreuungspläne von arbeit- und lehrstellensuchenden Personen.

2.2 Im Hinblick auf die große Anzahl der IT-unterstützt bearbeiteten Geschäftsfälle war der IT-Betriebssicherheit des AMS besondere Bedeutung beizumessen.

Vertragsgestaltung der IT-Leistungen

3 (1) Das AMS bezog nahezu die gesamte IT-Unterstützung¹ für die Bereiche IT-Infrastruktur, Betrieb, Betreuung, Schulung, Wartung und Entwicklung von einem externen IT-Dienstleister. Grundlage dafür war ein – im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung abgeschlossener –

¹ Dienstleistungen für das IT-Netzwerk führten andere, unmittelbar vom AMS beauftragte IT-Dienstleister durch.

Werkvertrag mit einem Generalunternehmer aus dem Jahr 1994. Der Generalunternehmer übertrug 2003 die tatsächliche Leistungserbringung an eine Tochtergesellschaft als Bevollmächtigte, welche ihrerseits mehrere Subunternehmer einsetzte.

(2) Durch zwei Zusatzvereinbarungen (1999 und 2004) und eine ergänzende Vereinbarung zu den Rechenzentrumsdienstleistungen (2007) konnten die bestehenden vertraglichen Grundlagen nur punktuell an aktuelle technische und wirtschaftliche Verhältnisse angepasst werden. Weitergehende Vertragsänderungen hätten einer Neuausschreibung bedurft.

Kündigungsmöglichkeiten

- 4.1 Das AMS konnte einzelne Leistungsbereiche beim bisherigen IT-Dienstleister unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist² jeweils zu Quartalsende kündigen.

Dieser war jedoch verpflichtet, seine Leistungen auch während der Kündigungsfrist weiterhin bereitzustellen, wenn der IT-Betrieb von einem allfällig neuen Auftragnehmer übernommen wird. Unterstützungsleistungen wie bspw. die Bereitstellung von Netzwerkkomponenten sowie die System-Datenbankkonfigurationen waren gegen marktübliches Entgelt zu erbringen. In der Vertragsergänzung 2004 verpflichteten sich das AMS und der bisherige IT-Dienstleister „für den Fall der Kündigung, gemeinsam mit dem künftigen IT-Dienstleister festzulegen, welche Leistungen der bisherige IT-Dienstleister nach Vertragsbeendigung für einen Zeitraum von höchstens zwölf Monaten gegen marktübliches Entgelt zu erbringen hat“.

- 4.2 Der RH wies darauf hin, dass vor der Kündigung keine konkrete Vereinbarung zwischen dem AMS und dem bisherigen IT-Dienstleister bestand, welche Pflichten der bisherige IT-Dienstleister hatte, den Übergang zu einem neuen IT-Dienstleister neben dem laufenden Betrieb zu unterstützen.
- 4.3 *Laut Stellungnahme des AMS sei die technische Leistungsfähigkeit der Bieter im Vergabeverfahren überprüft worden. Einem Bieter, der nicht über das nötige Know-how verfügt hätte, hätte der Zuschlag nicht erteilt werden dürfen.*
- 4.4 Der RH hätte es für zweckmäßig erachtet, wenn es in Hinblick auf die Tragweite dieses Projekts für die Aufgabenerbringung des AMS eine konkrete Klarstellung der Pflichten des bisherigen IT-Dienstleisters

² gemäß Werkvertrag von 1994 sowie den ergänzenden Verträgen

Rahmenbedingungen

beim Übergang auf einen neuen IT-Dienstleister gegeben hätte. Die Notwendigkeit eines Know-how-Transfers vom bisherigen IT-Dienstleister auf einen allfälligen neuen IT-Dienstleister sowie von Unterstützungsleistungen bei der Transition war nicht auszuschließen. Außerdem wies der RH darauf hin, dass das AMS selbst in seiner Risikoanalyse den Verlust von kritischem Wissen beim bisherigen Dienstleister als Risiko erkannte (siehe TZ 15).

Kosten der IT

5.1 Die Kosten für den Betrieb der IT des AMS setzten sich aus den Ausgaben für die extern erbrachten IT-Dienstleistungen sowie den Personalkosten der im IT-Bereich tätigen Mitarbeiter des AMS zusammen.

Tabelle 1: IT-Kosten des AMS			
	2008	2009	2010¹
	in Mill. EUR ²		
Ausgaben für externe IT-Dienstleistungen	52,23	59,51	57,73
IT-Personalkosten im AMS	2,37	2,45	2,79
IT-Gesamtkosten	54,60	61,96	60,52

¹ vorläufige Zahlen vor Rechnungsabschluss

² rundungsbedingte Abweichungen möglich

Quelle: AMS

Ein Großteil der Ausgaben für die extern erbrachten IT-Dienstleistungen – das waren durchschnittlich 87 % – entfiel auf den bisherigen Generalunternehmer. Dessen Leistungen untergliederten sich in jene für Rechenzentrum und zentrale Dienstleistungen, Customer Services, Betriebsdienstleistungen sowie zusätzliche Dienstleistungen. Die Ausgaben für die Bereiche Rechenzentrum und zentrale Dienstleistungen sowie das Customer Service beinhalteten rd. 50 % der Ausgaben an den bisherigen Generalunternehmer; diese Leistungen wurden pauschaliert verrechnet. Eine Zuordnung von Kosten zu Einzelleistungen erfolgte nicht. Ein umfassendes Kostencontrolling fehlte.

5.2 Der RH empfahl, in Hinkunft den IT-Betrieb und insbesondere den Rechenzentrumsbetrieb nach Leistungsparametern, die messbar und nutzerrelevant sind, zu verrechnen. Weiters sollte ein umfassendes Kostencontrolling eingerichtet werden, um die Kosten der IT den einzelnen IT-Leistungen zuordnen und daher auch steuern zu können.

IT-Betriebssicherheit im Arbeitsmarktservice

- 5.3 *Das AMS wies darauf hin, dass die Ausschreibungsbedingungen für den neuen Dienstleister die geforderten Parameter zum Controlling der einzelnen Leistungsbereiche beinhaltet hätten. Der Forderung des RH, den Rechenzentrumsbetrieb messbarer und nutzenrelevanter zu gestalten, werde durch ein zweiphasiges Projekt zur Ermittlung eines Preismodells Rechnung getragen.*

Neuausschreibung der IT-Dienstleistungen

Voraussetzungen

- 6.1 Die Zahlungen des AMS an den Generalunternehmer gründeten sich auf die 1994 vereinbarten Pauschalpreise sowie Stundensätze für zusätzliche Leistungen (bspw. Neuentwicklung, Schulung, Projektmanagement), welche periodisch gemäß einem Index erhöht wurden.

Bereits im Bericht Reihe Bund 2002/4 hatte der RH empfohlen zu überprüfen, ob eine Ausschreibung der IT-Leistungen der seit 1994 veränderten Markt- und Preissituation Rechnung tragen und ein wirtschaftlicheres Ergebnis bieten könnte. Nach einem Beschluss des Verwaltungsrates Ende 2006 leitete das AMS ein Ausschreibungsverfahren „Neuausschreibung AMS IT-Unterstützung“ ein.

- 6.2 Nach Ansicht des RH war die Neuausschreibung erforderlich, weil die bestehenden vertraglichen Grundlagen aus dem Jahr 1994 die technische Weiterentwicklung und die dazugehörigen Kostenmodelle nicht mehr ausreichend abdecken konnten.

Kosten der Ausschreibung

- 7.1 Für die Planung und Durchführung des Vergabeverfahrens „Neuausschreibung AMS IT-Unterstützung“ bediente sich das AMS externer Unterstützung. Diese betraf das Projektmanagement, das Projektcontrolling, die allgemeine rechtliche Unterstützung sowie die rechtliche Unterstützung im Rahmen des Vergabeverfahrens. Zusätzlich holte das AMS Fachgutachten ein. Die Ausgaben für die externen Dienstleistungen zum Vergabeverfahren „Neuausschreibung AMS IT-Unterstützung“ betragen vom 1. Jänner 2007 bis zum 31. Dezember 2010 insgesamt rd. 3,82 Mill. EUR und teilten sich wie folgt auf:

Neuausschreibung der IT-Dienstleistungen

Tabelle 2: Ausgaben für externe Dienstleistungen betreffend Unterstützung des Vergabeverfahrens „Neuausschreibung AMS IT-Unterstützung“

	2007	2008	2009	2010	2007 bis 2010
	in 1.000 EUR ¹				
Projektmanagement	199	576	533	379	1.687
Projektcontrolling	62	126	181	99	468
allgemeine rechtliche Unterstützung	6	111	343	185	645
rechtliche Unterstützung im Vergabeverfahren	73	121	436	322	952
sonstige Leistungen (z.B. Gutachten)	4	5	–	56	65
Gesamtausgaben	344	939	1.493	1.041	3.817

¹ rundungsbedingte Abweichungen möglich

Quelle: AMS

Für die Beauftragungen der Dienstleistungen Projektmanagement und Projektcontrolling führte das AMS öffentliche Vergabeverfahren durch. Zu den Dienstleistungen für die allgemeine rechtliche Unterstützung sowie für die rechtliche Unterstützung des Vergabeverfahrens hinsichtlich der „Neuausschreibung AMS IT-Unterstützung“ fanden hingegen – trotz des in der Tabelle beschriebenen finanziellen Umfangs – keine öffentlichen Vergabeverfahren statt.

7.2 Der RH kritisierte, dass die Angemessenheit der verrechneten Preise aufgrund des nicht öffentlichen Vergabeverfahrens für die rechtlichen Unterstützungsleistungen nicht nachvollzogen werden konnte. Er empfahl daher dem AMS, künftig das Vergabeverfahren betreffend alle externen IT-Dienstleister so zu wählen, dass die Angemessenheit der Preise beurteilbar ist.

7.3 Das AMS wies darauf hin, dass die vergaberechtliche und vertragsrechtliche Beratung aufgrund der spezifischen Anforderungen direkt vergeben worden sei.

7.4 Das AMS hatte durch die direkte Vergabe das einer Ausschreibung innewohnende Potenzial nicht genutzt, die wirtschaftlichste Lösung zu finden. Der RH hielt seine Empfehlung aufrecht, Vergabeverfahren so zu wählen, dass die Angemessenheit der Preise beurteilbar ist, damit die wirtschaftlichste Lösung gewählt wird.

8 Nachdem der Verwaltungsrat des AMS Ende 2006 beschlossen hatte, die gesamte IT-Unterstützung neu auszuschreiben, erfolgte die erste öffentliche Ausschreibung im Vergabeverfahren Mitte 2008. Dieses Vergabeverfahren wurde widerrufen, weil nach Ausscheiden von Teilnahmeanträgen mangels Eignung nur ein Bewerber für die Anbotslegung verblieben wäre.

Ende 2008 leitete das AMS ein weiteres Verhandlungsverfahren mit öffentlicher Bekanntmachung zur „Neuausschreibung AMS IT-Unterstützung“ ein. Die Ausschreibungsbedingungen wiesen darauf hin, dass durch die Neuausschreibung die Kosten optimiert und neue Anwendungsbereiche der IT, neue Technologien und offene Standards berücksichtigt werden sollten.

Nach der seit 2007 gültigen Geschäfts- und Personaleinteilung war der Vorstand als Kollegialorgan für die IT-Ausstattung des AMS und somit auch für die Durchführung des Vergabeverfahrens verantwortlich.

Transition

Vorgaben des AMS

9.1 (1) Im Rahmen der Ausschreibung war zu berücksichtigen, dass bei der Neuvergabe der IT-Leistungen ein anderer IT-Dienstleister als der bisherige den Zuschlag erhalten könne. Die Übernahme der IT-Applikationen von den IT-Anlagen des bisherigen IT-Dienstleisters auf die IT-Anlagen des künftigen Auftragnehmers sowie die Übernahme der weiteren IT-Dienstleistungen (bspw. Betreuung, Schulung, Wartung und Entwicklung) wird als Transition³ bezeichnet.

In den Ausschreibungsunterlagen wies das AMS darauf hin, dass die Stabilität des laufenden IT-Betriebs höchste Priorität hatte. Der künftige Auftragnehmer habe daher im Rahmen des Transitionsprojekts dafür Sorge zu tragen, dass durch die Übernahme der IT-Dienstleistungen die Geschäftstätigkeit des AMS nicht beeinträchtigt werde.

(2) Im Rahmen der Angebote hatten die Bieter ein Grobkonzept der Transition vorzulegen. Die Ausschreibungsunterlagen enthielten dazu allgemeine Vorgaben. Sie legten fest, dass das Grobkonzept u.a. Pläne für die Transition hinsichtlich der Kosten, der Ressourcen und der erforderlichen Zeit sowie ein Risikomanagement zu enthalten hätte. Die Bieter hatten weiters die Aufgaben eines Transitionsmanagers darzulegen.

³ Als Transition wurden im AMS weiters jene Vorhaben und Prozesse bezeichnet, durch welche der künftige Auftragnehmer die IT-Leistungen von den bisherigen IT-Dienstleistern in den IT-Betrieb übernehmen soll.

Transition

Das AMS hatte eine unabhängige technische Überprüfung der Transitionskonzepte auf Risikominimierung und Machbarkeit nicht in Erwägung gezogen.

- 9.2 Der RH kritisierte, dass das AMS den Prozess der Transition nicht im Einzelnen vorgab. Er empfahl, das Grobkonzept mit dem späteren Feinkonzept einer unabhängigen technischen Überprüfung auf Risikominimierung und Machbarkeit zu unterziehen.
- 9.3 *Das AMS gab in seiner Stellungnahme an, sämtliche in seinen Möglichkeiten stehende Maßnahmen und Vorkehrungen getroffen zu haben, um die Transitionsrisiken zu erkennen, zu bewerten und entsprechend zu behandeln. Der neue Dienstleister habe die Gewähr für die funktionsgerechte Übernahme der bestehenden Systeme übernommen. Bei konkreten Hinweisen auf bisher nicht erkannte Risiken könne ein externer Gutachter herangezogen werden.*
- 9.4 Der RH hielt die unabhängige technische Überprüfung nach der Erstellung des Feinkonzepts für zweckmäßig. Dies wäre in jenem Projektstadium, in welchem – nach Abschluss der Vergabe – alle Einzelheiten der Transition vorliegen sollten. Die Aufgabe dieses externen Gutachters bestünde u.a. darin Risiken aufzuzeigen, für die das AMS keine konkreten Hinweise erkannte.

Feinkonzept

- 10.1 Gemäß den Ausschreibungsunterlagen hatte der Auftragnehmer zehn Wochen nach Zuschlagserteilung auf Grundlage seines Grobkonzepts – in Abstimmung mit dem AMS und dem bisherigen IT-Dienstleister – ein Feinkonzept für die Transition zu entwickeln. In diesem war der Vorgang der Übernahme aller IT-Dienstleistungen zu planen und operativ festzulegen. Für die Umsetzungsphase hatte das AMS ausführliche Berichts- und Genehmigungspflichten ausbedungen.

Im Feinkonzept der Transition hatte der Auftragnehmer insbesondere auch die Mitwirkungsleistungen des bisherigen IT-Dienstleisters darzulegen. In der bestehenden Vereinbarung zwischen dem AMS und dem bisherigen IT-Dienstleister fehlte eine konkrete Festlegung, welche Pflichten der bisherige IT-Dienstleister hatte, den Übergang zu einem neuen IT-Dienstleister zu unterstützen. Eine generelle Vereinbarung mit dem bisherigen IT-Dienstleister zur Unterstützung des neuen IT-Dienstleisters bestand erst für den Zeitraum nach der Kündigung.

- 10.2 Der RH hielt es für risikoreich, die detaillierte organisatorische und technische Abstimmung zwischen bisherigem und neuem IT-Dienstleister erst im Feinkonzept vorzunehmen, ohne dass der bisherige Vertrag

eine konkrete Festlegung zwischen AMS und bisherigem IT-Dienstleister betreffend die Unterstützung des IT-Übergangs beinhaltete.

Festlegung von
Meilensteinen

- 11.1 Hinsichtlich der zeitlichen Durchführung der Transition legten die Ausschreibungsunterlagen Meilensteine fest. Zu bestimmten Zeitpunkten („Change of Control“) sollte in einzelnen Leistungsbereichen der Übergang der Gesamtverantwortung vom bisherigen IT-Dienstleister zum neuen IT-Dienstleister abgeschlossen werden. Ab diesem Zeitpunkt waren die neuen für diesen Bereich gültigen Leistungsvereinbarungen verbindlich und eine „End-to-End-Betriebsverantwortung“ des neuen IT-Dienstleisters gegeben:

Der 1. Meilenstein („Change of Control“) war spätestens vier Monate nach Zuschlagserteilung vorgesehen und betraf die Steuerung und Koordination aller IT-Dienstleistungen, das Vertragsmanagement, das Programm- und Projektmanagement sowie das Programm- und Projekt-Portfoliomanagement.

Zum Zeitpunkt des 2. Meilensteins – spätestens acht Monate nach Zuschlagserteilung – hatte der neue IT-Dienstleister die Gesamtverantwortung für den Service Desk, die Bereitstellung und Betriebsführung des Rechenzentrums, die Bereitstellung und Betriebsführung des Netzwerks sowie für das Monitoring der Arbeitsplatzausstattung und -betreuung zu übernehmen.

Der 3. Meilenstein – spätestens elf Monate nach Zuschlagserteilung – betraf die Beschaffung bzw. Entwicklung sowie die Wartung von Anwendungen und die Schulung sowie das Rollout der Arbeitsplatzausstattung und -betreuung.

Der 4. Meilenstein sah spätestens zwölf Monate nach Zuschlagserteilung die Gesamtabnahme des Systems vor.

Bei Überschreiten der zeitlich determinierten Meilensteine waren in den Ausschreibungsunterlagen entsprechende Pönaleforderungen vorgesehen.

- 11.2 Der RH erachtete die Gliederung der zeitlichen Durchführung der Transition mit Meilensteinen und die zugehörigen Pönaleforderungen als zweckmäßig.

Transition

Tatsächlicher Leistungsübergang

- 12.1 Um einen Ausfall oder eine anhaltende Störung des IT-Betriebs, die massive negative Auswirkungen auf die IT-unterstützte Vermittlung von Arbeitslosen und auf die Auszahlung von Leistungen nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz hätten, zu verhindern und den laufenden Betrieb sicherzustellen, beabsichtigte das AMS, die bestehenden Verträge erst dann zu kündigen, wenn der Übergang der IT-Dienstleistung auf den neuen IT-Dienstleister abgeschlossen ist.

Mit dem Übergang der Gesamtverantwortung einzelner Leistungsbe-
reiche auf den neuen IT-Dienstleister hatte das AMS die übernom-
menen IT-Leistungen dem neuen IT-Dienstleister zu bezahlen. Für
maximal neun Monate (zwischen Kündigung und Ende der Kündi-
gungsfrist) hatte das AMS die IT-Dienstleistungen sowohl an den neuen
IT-Dienstleister als auch an den bisherigen Dienstleister⁴ zu bezahlen.

- 12.2 Der RH regte an, im Rahmen der Erstellung des Feinkonzepts mit dem
bisherigen IT-Dienstleister Verhandlungen hinsichtlich einer Reduzie-
rung der Zahlungen während der Kündigungsfrist zu führen.
- 12.3 *Das AMS gab an, sämtliche Kündigungsmöglichkeiten und Zahlungs-
reduktionen erhoben zu haben, und sah im Rahmen der gültigen Ver-
tragsregelungen keine Möglichkeit, weitere Preisreduktionen vorzuneh-
men. Im Zuge des Projektfortschritts würden die IT-Zahlungen an den
bisherigen IT-Dienstleister durch Teilkündigungen sukzessive reduziert
werden.*

Leistungsparameter

- 13.1 Nach der vom AMS in den Ausschreibungsunterlagen erstellten Lei-
stungsbeschreibung sollen die Leistungsparameter (Betriebszeit, War-
tungsfenster, Verfügbarkeit, Anzahl erlaubter Ausfälle, Antwortzeiten)
des künftigen IT-Dienstleisters unmittelbar bei einem Referenzarbeits-
platz gemessen werden. Dem Auftragnehmer wurden dabei die zu
erbringenden Leistungskennzahlen vorgeschrieben. Die zweckmäßige
Festlegung von Leistungsparametern und deren Grenzwerte stellte ein
wesentliches Mittel für die Beurteilung der Betriebssicherheit eines IT-
Systems dar.

Die Leistungskennzahlen des bestehenden IT-Dienstleisters wurden
aber lediglich mit Transaktionszahlen und Speicherplatzvolumen sowie
Verfügbarkeit und Antwortzeitverhalten des Zentralrechners beschrie-
ben. Um den aktuellen technischen Ansprüchen gerecht zu werden,
wären jedoch Statistiken über die Verfügbarkeit jeder einzelnen Appli-
kation am Arbeitsplatz angemessen gewesen.

⁴ insbesondere den Anteil der pauschaliert verrechneten Leistungen

IT-Betriebssicherheit im Arbeitsmarktservice

- 13.2 Der RH wies darauf hin, dass die konkreten Anforderungen und Abnahmekriterien an den künftigen IT-Dienstleister mangels verfügbarer Daten nicht aus vorhandenen Erfahrungswerten abgeleitet werden konnten. Er empfahl, in einigen repräsentativen Applikationen die derzeitige Verfügbarkeit am Arbeitsplatz zu überwachen, um nach einer Transition Vergleichswerte heranziehen zu können.
- 13.3 *Laut Stellungnahme des AMS seien die konkreten Messungen der Leistungserbringung im künftigen System für Referenzarbeitsplätze vorgesehen gewesen. Eine Erhebung vergleichbarer Daten im bestehenden System sei – auch aus Kostengründen – nicht geplant.*
- 13.4 Der RH wertete die für das künftige System geplanten Maßnahmen, um die IT-Leistungen direkt an Referenzarbeitsplätzen zu messen, positiv, gab aber zu bedenken, dass zwischen bisherigem und künftigem System aufgrund unterschiedlicher Parameter für die Messung kein Leistungsvergleich möglich sein wird.

Zukünftige Regelung

- 14.1 Die Ausschreibungsunterlagen zur „Neuausschreibung AMS IT-Unterstützung“ enthielten im geplanten Leistungsvertrag eine konkrete Regelung für eine künftige Transition. Diese Regelung würde den künftigen IT-Dienstleister bei einer künftigen Vertragsbeendigung verpflichten, den Auftraggeber für mindestens zwölf Monate gegen Entgelt im erforderlichen und zweckmäßigen Ausmaß bei einer ordnungsgemäßen Übergabe der IT-Applikationen (an den nachfolgenden IT-Dienstleister) bestmöglich zu unterstützen. Dazu legte der Vertrag auch ein Schlichtungsverfahren bei Meinungsverschiedenheiten über die Entgeltregelung fest. Dieses Schlichtungsverfahren sollte sicherstellen, dass die notwendigen Leistungen jedenfalls erbracht werden und die Entgelthöhe durch einen Sachverständigen ermittelt wird.
- 14.2 Der RH wies nochmals daraufhin, dass die Unterstützungsverpflichtung des bisherigen IT-Dienstleisters in der bestehenden Vereinbarung auf den Fall der Kündigung beschränkt war. Der RH regte daher an, mit dem bisherigen IT-Dienstleister eine Mitwirkungsverpflichtung für die Dauer der Transition sowie hiezu eine Schlichtungsvereinbarung anzustreben, die jener aus dem geplanten neuen Leistungsvertrag zwischen künftigen Auftragnehmer und Auftraggeber nachgebildet ist.
- 14.3 *Das AMS ging in seiner Stellungnahme davon aus, dass die Mitwirkungsverpflichtungen der bisherigen Dienstleister bei der Transition ausführlich geregelt seien, der zukünftige Dienstleister das Transitionsprojekt professionell abarbeiten werde und die betroffenen Unterneh-*

Transition

men bemüht sein würden, ihrer tadellosen Reputation nicht zu schaden.

- 14.4 Der RH hielt dem entgegen, dass die im Vertragswerk nicht umfassend definierte Mitwirkungsverpflichtung des bisherigen Dienstleisters nicht alle Risiken abdeckte und außerdem erst für die Zeit nach der Kündigung Gültigkeit hatte. Die Zweckmäßigkeit einer Schlichtungsvereinbarung hatte das AMS für eine spätere, neuerliche Transition erkannt, für die unmittelbar bevorstehende wäre sie im Verhandlungswege anzustreben.

Risikofaktoren

- 15.1 Die Transition beinhaltet hinsichtlich der IT-Betriebssicherheit verschiedene Risiken. In einer Risikoanalyse beleuchtete das AMS verschiedene Szenarien und beschrieb dazu Gegenmaßnahmen. Das AMS unterschied u.a. folgende Hauptrisikogruppen:

- Ist der bisherige IT-Dienstleister motiviert und in der Lage, im geeigneten Ausmaß zum Transitionsprojekt und zu der Systembetreuung beizutragen, und wird er die für die Transitionsphase bestehenden vertraglichen Verpflichtungen erfüllen?
- Ist die vorhandene Dokumentation des Ist-Standes der bestehenden IT-Systeme für eine erfolgreiche Transition ausreichend oder bestehen Abweichungen vom tatsächlichen Ist-Stand, die den Projekterfolg gefährden könnten?
- Gibt es undokumentiertes Know-how (bspw. zu den IT-Applikationen bzw. den Systemkonfigurationen), das nicht an den künftigen Auftragnehmer weitergegeben wird?
- Werden nach der Übertragung einzelner IT-Leistungen an den neuen IT-Dienstleister unerwartete Systeminstabilitäten oder Fehler auftreten?

Abgeleitet aus diesen Hauptrisikogruppen erkannte das AMS als zentralen Punkt für die IT-Betriebssicherheit die Mitwirkung von sachkundigem IT-Personal, das bisher mit der IT-Betreuung befasst und das eingearbeitet war. Vertragliche Vereinbarungen mit dem bisherigen IT-Dienstleister, welche die Mitwirkung von sachkundigem IT-Personal am erforderlichen Know-how-Transfer konkret definierten, lagen bislang nicht vor. Bei einem allfälligen Wechsel des IT-Dienstleisters oblag es dem neuen Auftragnehmer, das entsprechende sachkundige Personal beizustellen, dies allenfalls unter Einbeziehung des Personals des bisherigen IT-Dienstleisters und unter Berücksichtigung der

IT-Betriebssicherheit im Arbeitsmarktservice

zwingenden gesetzlichen Bestimmungen bei Übernahme von Dienstnehmern.

Das AMS beabsichtigte, vorrangig den künftigen IT-Dienstleister präventiv durch umfangreiche Informationen zu unterstützen und bei tatsächlichem Eintritt eines Risikofalls und bei Bedarf auch auf die Ressourcen des bisherigen IT-Dienstleisters zurückzugreifen.

- 15.2 Der RH kritisierte, dass mit dem bisherigen IT-Dienstleister bisher keine konkreten vertraglichen Vereinbarungen geschlossen wurden, wie der Know-how-Transfer betreffend die ordnungsgemäße Übertragung der IT-Dienstleistungen an einen neuen IT-Dienstleister im erforderlichen Ausmaß sicherzustellen ist, obwohl das AMS in einer Risikoanalyse die Risiken aus einem Know-how-Verlust erkannte.

Möglichkeit eines Betriebsübergangs

- 16.1 (1) Im Zusammenhang damit, dass das AMS die Mitwirkung von sachkundigem IT-Personal des bisherigen IT-Dienstleisters als zentralen Punkt für die IT-Betriebssicherheit ansah, kam der Frage eines möglichen Betriebsübergangs besondere Bedeutung zu.

Gemäß § 3 Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz-AVRAG⁵ tritt nämlich ein neuer Inhaber eines Betriebs oder Betriebsteils als Arbeitgeber mit allen Rechten und Pflichten in die im Zeitpunkt des Übergangs bestehenden, dem übergehenden Betriebs(teil) zuordenbaren Arbeitsverhältnisse zwingend ein. Nach der europarechtlichen Rechtsprechung liegt ein solcher Betriebsübergang vor, wenn die Verfügungsmacht über eine ihre Identität bewahrende wirtschaftliche Einheit übergeht. Dies wird im Einzelfall insbesondere danach beurteilt, ob und welche materiellen und immateriellen Betriebsmittel übergehen. Zutreffendenfalls kann ein Betriebsübergang vorliegen, wenn im Rahmen einer Neuvergabe eines Dienstleistungsauftrags ein neuer Auftragnehmer den bisherigen ersetzt.

Das wirtschaftliche Risiko aus dem Eintritt in die bestehenden Arbeitsverträge hat in erster Linie der neue Auftragnehmer als Betriebsinhaber zu tragen. Er könnte sich dieses Risikos nur dann entschlagen, wenn er ein völlig neues System mit neuem Personal entwickelt.

(2) Im konkreten Fall waren das Vorliegen eines Betriebsübergangs im Sinne des Übergangs einer wirtschaftlichen Einheit und der daraus folgende Eintritt in die Arbeitsverträge von der Ausgestaltung der Transition durch den neuen Auftragnehmer abhängig. Für die Beurtei-

⁵ BGBl. 459/1993, in Kraft seit 1. Juli 1993 (§ 19 AVRAG), zuletzt in der Fassung BGBl. I Nr. 24/2011

Transition

lung wesentlich wird es insbesondere sein, ob und welche materiellen und immateriellen Betriebsmittel (etwa Dienstnehmer, IT-Ausstattung, Know-how, Organisationselemente, Betriebsmethoden) ein allfälliger neuer Auftragnehmer im Zuge der Übernahme der IT-Leistungen vom bisherigen Auftragnehmer unmittelbar oder mittelbar übernehmen wird. Das Transitions-Feinkonzept mit den entsprechenden Details wird zehn Wochen nach Zuschlagserteilung vorzulegen sein.⁶

- 16.2 Der RH wies darauf hin, dass erst nach Vorliegen des Transitions-Grob- bzw. Feinkonzepts Klarheit bestehen wird, ob bei der Umsetzung dieses Konzepts die Voraussetzungen eines Betriebsübergangs mit entsprechendem organisatorischem und wirtschaftlichem Risiko vorliegen. Falls ein Betriebsübergang vorliegt, bedeutet dies, dass es nach den arbeitsrechtlichen Bestimmungen zwingend zu einem Eintritt des neuen Auftragnehmers in bestehende Arbeitsverträge des bisherigen IT-Dienstleisters kommt.

⁶ Während der Gebärungsüberprüfung war das Vergabeverfahren noch nicht abgeschlossen.