

ren 2010/2011 verfasste „Standards“ für bestimmte Krankheitsbilder und Patientengruppen⁶⁹ zum Einsatz.

(b) Auch die Erstaufnahmeeinheit des KH BHS Ried verfügte zur Diagnose und Behandlung der Patienten bei bestimmten Beschwerdebildern über interne Leitfäden und – vom KH BHS Ried als Behandlungspfade eingestufte – „Vorgehensweisen“.⁷⁰

(c) Die Dokumente des KH Wels und des KH BHS Ried waren jeweils krankenhausesintern verschieden aufgebaut bzw. unterschiedlich detailliert ausgeführt.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen dem KH Wels und dem KH BHS Ried war, dass die „Standards“ des KH Wels mit den Fachabteilungen abgestimmte Regelungen enthielten, während die „Vorgehensweisen“ des KH BHS Ried bestimmte Abläufe in der Erstaufnahmeeinheit selbst festlegten.⁷¹ Zuständigkeiten und Aufgaben bzw. Prozesse waren bei allen Dokumenten nur teilweise geregelt. Die Dokumente der beiden Erstaufnahmeeinheiten betrafen – mit Ausnahme Schlaganfall – unterschiedliche medizinische Fallkonstellationen.

26.2 Der RH hielt kritisch fest, dass die Vorgaben des ÖSG zur Qualitätssicherung durch Behandlungspfade und Checklisten so allgemein formuliert waren, dass die drei überprüften Krankenanstalten diese unterschiedlich definierten; die Vorgehensweisen sowohl bei Art, Anzahl und Inhalten der Standardisierung als auch bei der Verwendung exter-

⁶⁹ Standard „Ambulant erworbene Pneumonie“, „Vorgehen bei Verdacht auf thorakale Aortendissektion“, „Asthma bronchiale-Management im Akutfall“, „Akute Atemnot – HNO-bedingt“, „Drogenuntersuchung“, „Übernahme von Akutpatienten der Urologie (ohne Termin) durch AVA“, Standard „Nachblutung nach HNO-Eingriff“, Standard „Influenza a und B – Schnelltestung“, „Leitlinie zur Versorgung von Akutpatienten mit Zahn- bzw. Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgischen Problemen in der AVA“, „Standard Dokumentation und Ambulanzbericht in der AVA“, „Psychiatriekonsil in der AVA und Aufnahmestation“, Standard „Vorgehen bei akutem Schlaganfall oder Schlaganfall-Verdacht“, Standard „Verdacht auf tiefe Venenthrombose“

Standard „Psychiatriekonsil in der AVA und Aufnahmestation“ regelt die Durchführung der Konsile während und außerhalb der Ambulanzenzeiten. Standard „Vorgehen bei Schubhäftlingen“ regelt, wer jeweils zur Untersuchung zuständig ist.

⁷⁰ „Vorgehensweise in der ZAE bei akutem Abdomen (inkl. Flankenschmerz)“, „Vorgehensweise der ZAE bei Aufnahme von alkoholisierten/intoxikierten Patienten“, „Vorgehensweise der ZAE bei Verdacht auf Schlaganfall oder Meningitis“ und „Vorgehen bei Unfallpatienten mit stattgehabter Synkope“, ein „ZAE Leitfaden bei Augenerkrankungen“ und ein „Leitfaden für Turnusärzte/innen an der HNO und Ärzte/innen an der ZAE“ sowie ein „Standard kardiopulmonäre Reanimation von Erwachsenen“ und ein „Standard Reanimation bei Säuglingen und Kindern“

⁷¹ Der Leitfaden bei Augenerkrankungen und der Leitfaden für Turnusärzte an der HNO-Abteilung und Ärzte in der Erstaufnahmeeinheit war vom Leiter der Erstaufnahmeeinheit gemeinsam mit den Fachärzten beider Fächer erstellt worden.

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

ner Informationsquellen zur Patientenbehandlung unterschieden sich deutlich.

Der RH empfahl dem BMGF, die Vorgaben des ÖSG zur Qualitätssicherung durch Behandlungspfade und Checklisten in Erstaufnahmeeinheiten genauer zu definieren bzw. klarzustellen und ein einheitliches Vorgehen bzw. Qualitätsniveau im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit sicherzustellen. Den überprüften Krankenanstalten empfahl er eine dieser Definition bzw. Klarstellung entsprechende Vorgangsweise.

- 26.3** *(1) Laut Stellungnahme des BMGF seien gemäß der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit die Kriterien im Bereich der Strukturqualität im ÖSG festzulegen. Im Bereich der Prozessqualität seien für jene Bereiche, bei denen dies als notwendig und vordringlich erachtet werde, österreichweit einheitliche Qualitätsstandards festzulegen. Auf diese werde in der Folge im ÖSG verwiesen.*

Sofern (noch) keine österreichweiten Vorgaben existierten, seien vorhandene Standards auf Landesebene und/oder Leistungserbringer- bzw. Trägerebene und/oder Standards entsprechender medizinischer Fachgesellschaften heranzuziehen. Es sei aber nicht als Aufgabe des ÖSG vereinbart, konkrete Standards festzulegen.

(2) Die gespag bezeichnete in ihrer Stellungnahme ein Vorgehen, das sich an Leitlinien und darauf aufbauenden Standard Operating Procedures (SOP) oder Prozessvorgaben orientiere, als sinnvoll. Die entsprechenden Empfehlungen des BMGF wären in diesem Zusammenhang abzuwarten und bei einer Umsetzung zu berücksichtigen.

(3) Die Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH bezweifelte in ihrer Stellungnahme, dass ständig steigende Vorgaben zu einer wesentlichen Qualitätssteigerung beitragen würden. Konsequenterweise müssten entsprechende Regelungen dann auch für den niedergelassenen Bereich gelten. Sie wies auf den steigenden administrativen Aufwand hin.

- 26.4** *(1) Der RH entgegnete dem BMGF, dass seine Gebarungsüberprüfung Unterschiede im Bereich der Qualitätssicherung in den Erstaufnahmeeinheiten aufzeigte, die insbesondere auch auf die unklaren Vorgaben bzw. die fehlenden Begriffsdefinitionen im ÖSG zurückzuführen waren. Im Interesse der Patientensicherheit und zur Sicherstellung der Behandlungsqualität waren aus Sicht des RH eindeutige Festlegungen bzw. Definitionen erforderlich.*

(2) Der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH entgegnete der RH, dass seine Empfehlung auf eine Klarstellung der Vorgaben und eine eindeutige Definition der Begriffe gerichtet war, um ein einheitliches Qualitätsniveau und eine höchstmögliche Behandlungssicherheit zu gewährleisten.

Dokumentation der
Zeitmarken

27.1 (1) Die überprüften Erstaufnahmeeinheiten erhoben folgende Zeitmarken:

Tabelle 16: Erfassung von Zeitmarken in den Erstaufnahmeeinheiten (ohne Entlassung)			
	KH Vöcklabruck	KH Wels	KH BHS Ried
Zeitmarken			
administrative Aufnahme	ja	ja	ja
Ersteinschätzung	ja	ja ¹	ja ¹
neuerliche Ersteinschätzung	ja	ja	nein ²
Behandlungsbeginn	ja	ja	ja
Art der Erfassung	handschriftlich, danach Eintragung in Excel-Liste	elektronisch	elektronisch
Datensätze/Zeitmarken auswertbar?	ca. 19 % unvollständig bzw. unplausibel	ca. 9 % unvollständig bzw. unplausibel	„Behandlungsbeginn“ nicht auswertbar
Auswertungen in Berichtswesen?	nein	nein	nein

¹ jeweils Beginn und Ende der Ersteinschätzung verzeichnet

² Durchführung einer neuerlichen Einschätzung verzeichnet, nicht jedoch deren Zeitpunkt

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

(2) Die überprüften Erstaufnahmeeinheiten erhoben im Wesentlichen dieselben Zeitmarken im Rahmen des Aufnahme-, Ersteinschätzungs- und Behandlungsverlaufs.

(3) (a) Im KH Vöcklabruck erfolgte die Erfassung zuerst handschriftlich und in der Folge händisch in einer Excel-Tabelle. Im Jahr 2014 waren so rd. 19 % der Datensätze (rd. 3.440) nicht auswertbar.⁷²

⁷² Diese bereits vom KH Vöcklabruck um unvollständige oder fehlerhafte Datensätze bereinigte Tabelle der MTS–eingeschätzten Patienten bildete die Grundlage für die Auswertungen der Zeitmarken vom Eintreffen des Patienten bis Behandlungsbeginn durch den RH. Auch diese Tabelle beinhaltete noch (wenngleich in sehr geringem Ausmaß) offensichtliche Unvollständigkeiten und Fehler.

Für 2014 waren bei den laut Ambulanzbericht 18.279 Gesamtfrequenzen (sowie extra gezählten 1.925 Frequenzen von HNO- und Augenpatienten) in der Erstaufnahmeeinheit insgesamt 14.843 Datensätze grundsätzlich vollständig und auswertbar; 3.436 Datensätze konnten nicht ausgewertet werden.

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

(b) Im elektronischen Verwaltungssystem des KH Wels war keine Vollständigkeits- oder Plausibilitätsprüfung vorgesehen, weshalb bspw. für das Jahr 2014 ca. 9 % der Datensätze unvollständig bzw. unplausibel und somit nicht auswertbar oder die Dringlichkeitsstufen laut MTS nicht eingegeben waren.

(c) Im KH BHS Ried stellte sich im Zuge der Gebarungsüberprüfung heraus, dass die Zeitmarke „Behandlungsbeginn“ im IT-System falsch erfasst und daher nicht auswertbar war.

(4) Das Ambulanzstatut der Erstaufnahmeeinheit des KH Vöcklabruck legte Ambulanzkennzahlen⁷³ fest; spezifische Auswertungen der Zeitmarken fanden darin bzw. in den Ambulanzberichten keinen Niederschlag. Im KH Wels waren Auswertungen der Zeitmarken und der Triagestufen – bis auf solche an den Leiter der Erstaufnahmeeinheit – nicht im Berichtswesen integriert. Auch im KH BHS Ried fehlte ein entsprechendes Berichtswesen.

27.2 (1) Der RH wies grundsätzlich positiv darauf hin, dass alle überprüften Krankenanstalten Zeitmarken zu relevanten Abschnitten der Prozesse erfassen.

(2) Im KH Vöcklabruck bemängelte der RH allerdings die handschriftliche Dokumentation und darauffolgende händische Übertragung der Zeitmarken in eine Excel-Tabelle insbesondere im Hinblick auf die Fehleranfälligkeit (2014: 19 % = rd. 3.440 Frequenzen nicht auswertbar). Er empfahl dem KH Vöcklabruck eine elektronische Erfassung der Zeitmarken; dies sowohl im Sinne eines effizienten Prozesses als auch, um zur Qualitätssicherung auf Basis valider Daten die erforderlichen Auswertungen vornehmen zu können.

(3) Der RH kritisierte, dass im KH Wels keine Vollständigkeits- oder Plausibilitätsprüfung erfolgte, wodurch Daten teilweise nicht auswertbar waren. Dem KH Wels empfahl der RH daher, verstärkt auf die Vollständigkeit und Plausibilität der erfassten Daten zu achten.

(4) Der RH kritisierte beim KH BHS Ried das erst im März 2015 aus Anlass der Gebarungsüberprüfung des RH entdeckte Fehlen auswertbarer Zeitmarken in der seit Ende Juni 2013 betriebenen Erstaufnah-

⁷³ Diese galten für sämtliche vom Ambulanzstatut umfassten Einheiten (Unfallambulanz, Erstaufnahmeeinheit, Aufnahmestation und Ambulanzzonen): Frequenzen gesamt, innerhalb und außerhalb der Ambulanzöffnungszeiten und an Wochenenden, Frequenzen von Erstkontakt und Konsil sowie Frequenzen stationär und ambulanz. Für die Erstaufnahmeeinheit waren die Kennzahlen jeweils Frequenzen gesamt, Frequenzen Erstuntersuchung und Frequenzen Nachbehandlung.

meeinheit; dies führte zu einem Mangel an Evaluierungsmöglichkeiten der Erstaufnahmeeinheit. Dem KH BHS Ried empfahl der RH nachdrücklich, die Auswertbarkeit der Zeitmarken sicherzustellen.

(5) Der RH bemängelte weiters, dass in allen drei überprüften Krankenanstalten die Auswertungen der Zeitmarken keinen Eingang in das Berichtswesen der Krankenanstalten fanden. Er empfahl ihnen, die Auswertungen der Zeitmarken in das Berichtswesen einzugliedern und insbesondere auch die Kollegiale Führung der Krankenanstalt regelmäßig zu informieren.

27.3 *(1) Die gespag sagte in ihrer Stellungnahme zu, die Auswertung der Zeitmarken bezüglich ihrer Vollständigkeit und Genauigkeit zu verbessern sowie dazu regelmäßige Auswertungen einschließlich eines geeigneten Berichtswesens zu erstellen.*

(2) Die Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH gab an, dass Zeitmarken grundsätzlich entsprechend den Vorgaben erfasst würden, jedoch könne es vorkommen, dass im Sinne der Patientensicherheit nicht immer auf die Reihenfolge der Eingaben geachtet werde. Der Leiter der Erstaufnahmeeinheit erhalte jährlich eine Aufstellung über die Zeitmarken.

(3) Laut Stellungnahme der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. werde die Auswertbarkeit der Zeitmarken durch eine Adaptierung des Programms umgesetzt. Sobald dies vorliege, werde die Kollegiale Führung informiert.

27.4 Der RH wies gegenüber der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH darauf hin, dass z.B. im Jahr 2014 rd. 9 % bzw. über 3.000 Datensätze unvollständig und/oder unplausibel und somit für Auswertungen nicht verwendbar waren. Aus Sicht des RH würde die von ihm empfohlene Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung der Daten auch zu einer Verbesserung der Eingabedisziplin, einer höheren Datenqualität sowie zu aussagekräftigeren Auswertungen führen. Auf die Berichterstattung an den Leiter der Erstaufnahmeeinheit des KH Wels hatte der RH hingewiesen; seine Empfehlung war allerdings auf eine regelmäßige standardisierte Information an die Kollegiale Führung gerichtet.

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

Zeitdauer einzelner
Prozessabschnitte

MTS-Zeiten

28.1 (1) Für die Zeit zwischen Ersteinschätzung und Behandlungsbeginn bestand je nach MTS-Dringlichkeitsstufe eine MTS-Maximalzeit, nach deren Ablauf ein Arztkontakt erfolgen sollte. Falls bis zum Ablauf dieser Zeit kein Arztkontakt stattgefunden hatte, sollte eine weitere MTS-Einschätzung erfolgen, um auf allfällige Änderungen des Zustands des Patienten reagieren zu können.

(2) Alle überprüften Erstaufnahmeeinheiten erfassten die Vornahme einer durchgeführten neuerlichen MTS-Einschätzung. Die vom KH Vöcklabruck und vom KH Wels angegebene Zahl unterschied sich jeweils sehr deutlich von jener Anzahl an neuerlichen MTS-Einschätzungen, die der RH aufgrund der Auswertung der Wartezeiten bis zum Arztkontakt ermittelte und die somit nach der Systematik des MTS erforderlich gewesen wären:



Abläufe und Prozesse in der
Erstaufnahmeeinheit

BMGF

Erstversorgung

Tabelle 17: Neuerliche MTS-Einschätzung im KH Vöcklabruck, KH Wels und KH BHS Ried

	2013		2014	
	laut Krankenanstalt	laut RH-Berechnung ¹ /Wartezeiten	laut Krankenanstalt	laut RH-Berechnung ¹ /Wartezeiten
	Anzahl			
KH Vöcklabruck				
sofort	–	3	–	7
sehr dringend	100	416	85	530
dringend	239	657	259	1.006
normal	124	180	109	278
nicht dringend	49	55	65	77
Summe	512	1.311	518	1.898
auswertbare Daten ²	11.430	11.430	14.843	14.843
neuerliche MTS-Einschätzung %	4,5	11,5	3,5	12,8
KH Wels				
sofort	1	10	1	12
sehr dringend	72	311	26	363
dringend	230	684	141	928
normal	310	733	259	1.190
nicht dringend	75	122	68	248
Summe	688	1.860	495	2.741
auswertbare Daten ³	30.381	30.381	31.866	31.866
neuerliche MTS-Einschätzung %	2,3	6,1	1,6	8,6
KH BHS Ried⁴				
sofort	2		3	
sehr dringend	13		17	
dringend	29		63	
normal	25	nicht auswertbar	53	nicht auswertbar
nicht dringend	6		17	
Summe	75		153	
neuerliche MTS-Einschätzung %	1,0		1,0	

¹ Bei der Dringlichkeitsstufe „sofort“ legte der RH der Berechnung eine Fünfminutengrenze zugrunde.

² auswertbare Datensätze MTS-eingeschätzter Patienten (somit wegen phasenweiser Einführung des MTS sowie wegen Notarzteinlieferungen jeweils nicht MTS-eingeschätzte Patienten nicht berücksichtigt)

³ auswertbare Datensätze MTS-eingeschätzter Patienten (somit wegen Notarzteinlieferungen nicht MTS-eingeschätzte Patienten nicht berücksichtigt)

⁴ Die Wartezeiten bis zum Arztkontakt konnten für das KH BHS Ried nicht ausgewertet werden, weshalb der RH hier nur die angegebene Anzahl der durchgeführten neuerlichen MTS-Einschätzungen wiedergibt; Daten 2013 nur für das zweite Halbjahr.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

(a) Im KH Vöcklabruck hätten im Jahr 2013 insgesamt 11,5 % und im Jahr 2014 insgesamt 12,8 % der MTS–eingeschätzten Patienten nochmals eingeschätzt werden müssen.

(b) Im KH Wels hätten neuerliche MTS–Einschätzungen bei 6,1 % der eingeschätzten Patienten im Jahr 2013 und bei 8,6 % im Jahr 2014 stattfinden müssen. Die Datensätze der Zeitmarken und die darauf beruhende Auswertung sahen einen Eintrag vor, ob binnen drei Stunden nach der ersten MTS–Ersteinschätzung eine neuerliche Einschätzung erfolgte. Diese pauschale Hinterlegung einer Drei–Stunden–Grenze entsprach nicht der Systematik des MTS. Einträge, dass keine neuerliche MTS–Einschätzung stattgefunden hatte, standen teilweise im Widerspruch zu eingetragenen Zeitmarken von neuerlichen Ersteinschätzungen.⁷⁴

(c) Betreffend das KH BHS Ried war die Zeitmarke des Arztkontakts („Behandlungsbeginn“) und somit die faktische Überschreitung der Wartezeit nicht auswertbar (TZ 27), weshalb hier der RH nur die vom KH BHS Ried angegebene Anzahl der durchgeführten neuerlichen MTS–Einschätzungen wiedergeben konnte.

28.2 (1) Der RH kritisierte, dass das KH Vöcklabruck und das KH Wels – gemessen an ihren eigenen Vorgaben – viel zu selten eine neuerliche MTS–Einschätzung durchführten. Während im Jahr 2014 laut KH Vöcklabruck bei 3,5 % und laut KH Wels bei 1,6 % der Patientenfrequenzen eine neuerliche Ersteinschätzung stattgefunden hatte, wäre dies bei 12,8 % bzw. 8,6 % der Patientenfrequenzen notwendig gewesen. Der RH empfahl dem KH Vöcklabruck und dem KH Wels nachdrücklich, neuerliche MTS–Einschätzungen vorgabengemäß durchzuführen.

(2) Der RH kritisierte weiters, dass im KH BHS Ried eine Auswertung der neuerlichen MTS–Einschätzung gar nicht möglich war und verwies auf seine Empfehlung in TZ 27, die Auswertbarkeit der Daten sicherzustellen.

28.3 (1) *Laut Stellungnahme der gespag würden nunmehr neuerliche Einschätzungen entsprechend den Vorgaben durchgeführt.*

⁷⁴ Die Daten des KH Wels wiesen bei 22 Frequenzen im Jahr 2013 und bei neun Frequenzen im Jahr 2014 Lücken bzw. unplausible Zeiten auf, weshalb nur die auswertbaren Datensätze in die Berechnung der Zahl der neuerlichen Ersteinschätzungen aufgenommen werden konnten.

(2) Die Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH sagte in ihrer Stellungnahme zu, zukünftig verstärkt auf die zweite Triage bei Überschreitung der Triagezeiten nach dem MTS zu achten.

MTS–Ersteinschätzung bis ärztliche Behandlung

- 29.1 (1) Im KH Vöcklabruck bestand neben den Zeitmarken, mit denen die Wartezeit von der administrativen Aufnahme bis zur Ersteinschätzung und zum Behandlungsbeginn auswertbar war, noch eine Kategorie „sofortiger Arztkontakt“, die bei Übergabe eines Patienten in Begleitung eines Notarztes eingetragen wurde.

Teils waren in dieser Kategorie jedoch Zeitspannen zwischen Eintreffen bzw. Ersteinschätzung und Arztkontakt von bis zu 165 Minuten als „sofortiger Arztkontakt“ eingetragen. Einige Patienten, die nach MTS in eine der weniger dringlich zu behandelnden Gruppen ersteingeschätzt wurden, waren als „sofortiger Arztkontakt“ in der Liste verzeichnet, obwohl hier die eingetragenen Zeitmarken dem nicht entsprachen. Etwa im Jahr 2014 gab es 195 Datensätze, die keine MTS–Stufe eingetragen hatten und daher nicht ausgewertet werden konnten.

(2) Die Erstaufnahmeeinheit des KH Wels führte ebenfalls Patienten, die aufgrund ihres Zustandes in Begleitung des Notarztes eingeliefert wurden, als eigene Gruppe; teilweise waren auch in dieser Gruppe Zeitmarken des Beginns der MTS–Ersteinschätzung verzeichnet, obwohl hier eine Ersteinschätzung nicht vorgesehen war.

Trotz der elektronischen Erfassung waren die aufgezeichneten Zeitmarken teils unvollständig bzw. unplausibel. Es bestanden Lücken in den Aufzeichnungen, fehlende Einträge von MTS–Gruppen (die Patienten wurden dann – wie bei notarztbegleiteten Einlieferungen – zur Gruppe 0 gezählt) und nicht nachvollziehbare Zeitmarken.⁷⁵

Insgesamt waren z.B. für 2014 rd. 91,3 % der Datensätze im Hinblick auf die Zeitmarken „Abschluss der Ersteinschätzung“ und „Arztkontakt“ vollständig⁷⁶.

(3) Die im KH BHS Ried erfassten Zeitmarken zum Behandlungsbeginn waren nicht auswertbar.

⁷⁵ So lagen Zeitmarken für ärztliche Behandlung teils vor der Zeitmarke der Ersteinschätzung oder vor der administrativen Aufnahme.

⁷⁶ Die jeweils als eigene Gruppe geführten nicht MTS–ersteingeschätzten Patientenzahlen wurden hier – trotz Nicht–Erfassung von Zeitmarken – als „auswertbar“ gewertet.

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

(4) Für die nachfolgende Tabelle zog der RH im KH Vöcklabruck und im KH Wels jeweils die auswertbaren Datensätze der MTS-ersteingeschätzten Patienten⁷⁷ heran. Die Zeiterfassung erfolgte in Notfällen, wo sehr rasches ärztliches Einschreiten notwendig war, in der Erstaufnahmeeinheit des KH Vöcklabruck nur sporadisch und teils durch nachträgliche Schätzung der Zeiten. In der Erstaufnahmeeinheit des KH Wels erfolgte die Aufzeichnung der Zeitmarken in diesen Gruppen ebenfalls sehr selten.

Die durchschnittlichen Wartezeiten und die durchschnittlichen 10 % der jeweils längsten Wartezeiten stellten sich in den nach MTS-Dringlichkeitsstufe eingeteilten Gruppen folgendermaßen dar:

Tabelle 18: Durchschnittszeit pro MTS-Gruppe¹ und Durchschnitt der oberen 10 % der Wartezeiten vom Abschluss der Ersteinschätzung bis zur ärztlichen Behandlung

	Durchschnitt 2013	Durchschnitt 2014	10 % längste Wartezeiten/ Durchschnitt 2013	10 % längste Wartezeiten/ Durchschnitt 2014
KH Vöcklabruck	in Minuten			
sofort (0 min.)	0,9	2,1	7	18 ²
sehr dringend (10 min.)	9,2	9,8	29	33
dringend (30 min.)	18,6	19,8	54	61
normal (90 min.)	33,5	32,8	109	112
nicht dringend (120 min.)	42,8	53,0	143	216
KH Wels	in Minuten			
sofort (0 min.)	3,6	4,3	12	12
sehr dringend (10 min.)	4,4	4,7	10	11
dringend (30 min.)	11,1	12,7	31	39
normal (90 min.)	27,5	32,3	69	81
nicht dringend (120 min.)	36,1	45,1	106	129

¹ Da die MTS-Ersteinschätzung im KH Vöcklabruck 2013 nur zur Tageszeit und erst seit Februar 2014 rund um die Uhr durchgeführt wurde, verwendete der RH lediglich die Daten der MTS-Eingeschätzten. Im KH Wels legte der RH nur die jeweils auswertbaren Datensätze zugrunde.

² Die Zahl errechnet sich aus dem Durchschnitt der auswertbaren Zeitmarken, wobei die verzeichnete Höchstzeit 51 min war; bei Außerachtlassung dieser einen Zeitmarke läge der Durchschnitt der Wartezeit bei 11 min.

Quellen: KH Vöcklabruck; KH Wels; RH

Die Durchschnittszeiten waren in den Erstaufnahmeeinheiten des KH Vöcklabruck und des KH Wels bei den MTS-Gruppen „sehr dringend“ und „dringend“ jeweils innerhalb der Empfehlungen des MTS zu den maximalen Wartezeiten (zehn bzw. 30 Minuten), in den MTS-Grup-

⁷⁷ Notfallpatienten in Notarztbegleitung wurden sofort behandelt bzw. einem behandelnden Arzt übergeben und nicht nach MTS eingeschätzt.

pen „normal“ und „nicht dringend“ unterschritten sie diese (90 bzw. 120 Minuten) teils stark.⁷⁸

Der Durchschnitt der 10 % der längsten Wartezeiten hingegen überstieg teilweise sehr deutlich die empfohlenen Höchstwartezeiten, wodurch nach dem MTS (teilweise mehrfache) neuerliche Einschätzungen durchzuführen gewesen wären (siehe TZ 28).

- 29.2 Der RH wies kritisch auf die teilweise deutlichen Überschreitungen der MTS-Wartezeiten im KH Vöcklabruck und im KH Wels hin; weiters bemängelte er, dass die Daten teilweise unplausibel bzw. lückenhaft und daher nicht auswertbar waren. Beim KH BHS Ried kritisierte der RH das gänzliche Fehlen auswertbarer Daten.

Der RH empfahl den drei überprüften Krankenanstalten, die Zeitmarken korrekt und lückenlos zu erheben sowie regelmäßig auszuwerten. Nach Auffassung des RH waren die genaue Erfassung und Auswertung von Zeitmarken sowie deren periodische Entwicklungen ein wichtiges Steuerungsinstrument zur Verbesserung der Prozess- und Strukturqualität im Interesse höchstmöglicher Patientenbehandlungssicherheit. So konnte bspw. die sich im Zeitverlauf verlängernde Dauer eines Prozessschrittes Hinweise auf Engpässe oder schlecht funktionierende Abstimmungsverfahren mit anderen Einheiten der Krankenanstalt liefern.

- 29.3 (1) *Die gspag sagte in ihrer Stellungnahme zu, die Auswertung der Zeitmarken bezüglich ihrer Vollständigkeit und Genauigkeit zu verbessern sowie dazu regelmäßige Auswertungen einschließlich eines geeigneten Berichtswesens zu erstellen.*

(2) Die Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH gab in ihrer Stellungnahme an, dass Zeitmarken grundsätzlich entsprechend den Vorgaben erfasst würden, jedoch könne es vorkommen, dass im Sinne der Patientensicherheit nicht immer auf die Reihenfolge der Eingaben geachtet werde. Auch bei Notarzteinlieferung werde eine Triage durchgeführt, da nicht jeder Patient, der mit dem Notarzt eingeliefert werde, ein Notfall sei und entsprechend warten könne, bzw. bei vielen Notarztzuweisungen keine Patientenbegleitung durch den Notarzt in die Erstaufnahmeeinheit stattfinde.

(3) Laut Stellungnahme der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. werde die Auswertbarkeit der

⁷⁸ Insbesondere in der MTS-Gruppe „sofort“ (bei der sofortige ärztliche Versorgung empfohlen wird) waren für die in Erstaufnahmeeinheiten tätigen Personen die Aufzeichnung von Zeitmarken nicht prioritär; die hier jeweils überschrittenen erhobenen durchschnittlichen Wartezeiten waren daher wenig aussagekräftig.

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

Zeitmarken durch eine Adaptierung des Programms umgesetzt. Sobald dies vorliege, werde die Kollegiale Führung informiert.

- 29.4** Der RH wies gegenüber der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH erneut darauf hin, dass z.B. im Jahr 2014 rd. 9 % der übermittelten Daten zu den Zeitmarken (absolut mehr als 3.000 Datensätze) nicht plausibel bzw. nicht auswertbar waren. Insbesondere konnte eine unterlassene Eintragung einer MTS–Dringlichkeitsstufe bei einem Patienten dazu führen, dass dieser in der Auswertung von Daten falsch, nämlich als notarztbegleitete Notfalleinlieferung, gezählt wurde.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung, um – auch unter Berücksichtigung von nachvollziehbaren Ausnahmefällen – die Datenlage insgesamt zu verbessern.

Verlassen der Erstaufnahmeeinheit

- 30.1** Das KH Vöcklabruck stellte als einzige der drei überprüften Krankenanstalten dem RH auswertbare Daten zur Entlassung eines Patienten aus der Erstaufnahmeeinheit zur Verfügung; das KH Wels legte dem RH solche Daten während der Gebarungsüberprüfung nicht vor, im KH BHS Ried waren sie nicht auswertbar.

Im KH Vöcklabruck stellten sich die Zeiten von Arztkontakt bis Entlassung im Durchschnitt pro MTS–Dringlichkeitsstufe bzw. Gruppe der Einlieferungen durch den Notarzt („NA–Einlieferung“) für die Jahre 2013 und 2014 wie folgt dar:

Tabelle 19: KH Vöcklabruck, Arztkontakt bis Entlassung, Gesamtaufenthalt (in Stunden, gerundet)

	Behandlungsdauer ¹ / Durchschnitt		Gesamtaufenthaltsdauer/ Durchschnitt	
	2013	2014	2013	2014
Notarzt–Einlieferung	1:30	1:32	–	–
sofort	1:39	1:53	1:45	1:59
sehr dringend	1:56	2:02	2:10	2:16
dringend	2:07	2:06	2:31	2:30
normal	1:54	1:51	2:33	2:28
nicht dringend	1:37	1:40	2:25	2:37

¹ Arztkontakt bis Entlassung

Quelle: KH Vöcklabruck

Wie die Tabelle zeigt, waren im Jahr 2014 die durchschnittliche Behandlungsdauer bei „dringenden“ Patienten und der durchschnittliche Gesamtaufenthalt bei „nicht dringenden“ Patienten am längsten. Bei Patienten mit Notarzt-Einlieferung war die durchschnittliche Behandlungsdauer am kürzesten.

- 30.2** Der RH hielt kritisch fest, dass nur im KH Vöcklabruck auswertbare Daten über das Verlassen der Erstaufnahmeeinheit – wenngleich undifferenziert und daher bspw. als Instrument zur Prozessoptimierung wenig geeignet – zur Verfügung gestellt wurden; im KH Wels und im KH BHS Ried waren solche Daten für den RH nicht verfügbar oder nicht auswertbar.

Er empfahl allen überprüften Krankenanstalten, auch diese Zeitmarke so zu erheben und regelmäßig auszuwerten, dass die Ergebnisse zur Qualitätssicherung und Prozessoptimierung beitragen.

- 30.3** (1) *Die gespag sagte in ihrer Stellungnahme zu, die Auswertung der Zeitmarken bezüglich ihrer Vollständigkeit und Genauigkeit zu verbessern sowie dazu regelmäßige Auswertungen einschließlich eines geeigneten Berichtswesens zu erstellen.*

(2) Die Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, in der Epikrise⁷⁹ eine Zeitmarke bei Entlassung des Patienten zu setzen. Es könne jedoch zu Verzögerungen bei der Erstellung der Epikrise kommen.

(3) Laut Stellungnahme der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. werde die Auswertbarkeit der Zeitmarken durch eine Adaptierung des Programms umgesetzt. Sobald dies vorliege, werde die Kollegiale Führung informiert.

- 30.4** (1) Der RH stellte gegenüber der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH klar, dass das KH Wels ihm während der Gebarungsüberprüfung keine Daten über die Entlassung der Patienten aus der Erstaufnahmeeinheit zur Verfügung gestellt hatte.

(2) Allen drei Krankenanstaltenträgern gegenüber wiederholte der RH seine Empfehlung, die Zeitmarken der Entlassung so differenziert zu erheben (z.B. nach Beschwerdebildern, Patientengruppen, durchgeführten Behandlungen etc.), dass die Ergebnisse zur Qualitätssicherung und Prozessoptimierung beitragen.

⁷⁹ Epikrise = Abschluss der Krankengeschichte mit dem endgültigen Urteil über Diagnose, Verlauf und Behandlungsergebnis

Leistungsdokumentation

Dokumentation ambulanter Leistungen, Ambulanz-Gebührensätze

Katalog ambulanter Leistungen

- 31** (1) Im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform 2013⁸⁰ (Art. 37 der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens i.d.F. BGBl. I Nr. 199/2013) erfolgte im gleichen Jahr eine Novellierung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen. Auf dessen Basis erließ der Bundesminister für Gesundheit eine Verordnung betreffend die Dokumentation von ambulanten Leistungen; diese war seit 1. Jänner 2014 verpflichtend.

Die Dokumentation hatte entsprechend dem sogenannten Katalog ambulanter Leistungen (KAL) des BMGF zu erfolgen; dieser wurde seit 2008⁸¹ laufend weiterentwickelt und enthielt die zu erfassenden Leistungspositionen. Der KAL sollte insbesondere eine vergleichbare Datengrundlage schaffen und als Basis für die Beobachtung von Leistungsentwicklungen bzw. Planungen im Gesundheitswesen sowie als Grundlage für die Entwicklung von Finanzierungsmodellen im ambulanten Bereich dienen.

(2) Zur Erzielung einer möglichst hohen Datenqualität war gemäß Art. 37 Abs. 5 leg. cit. die Originärdokumentation nach dem KAL anzustreben. Sollte in den Krankenanstalten bereits eine adäquate Dokumentation ambulanter Leistungen mit ausreichender Differenzierung existieren, war laut BMGF auch eine Überleitung (Mapping) auf den KAL zulässig. Dafür stellte das BMGF ein IT-Tool zur Unterstützung der Krankenanstalten zur Verfügung.

Ambulanz-Gebührensätze

- 32.1** (1) Im Unterschied zu stationären Leistungen in Krankenanstalten, die nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) abgegolten wurden, erfolgte die Vergütung ambulanter Leistungen von oberösterreichischen Krankenanstalten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht leistungsorientiert; der Oberösterrei-

⁸⁰ Art. 37 Abs. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, mit der die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, geändert wurde (BGBl. I Nr. 199/2013) „Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation“ normiert: Bund, Länder und Sozialversicherung schaffen dafür zeitgerecht die notwendigen Rahmenbedingungen in fachlicher, rechtlicher, organisatorischer und technischer Hinsicht und stellen damit ab 2014 vergleichbare Datengrundlagen über den gesamten ambulanten Bereich sicher.

⁸¹ Als Grundlage für die Entwicklung für den KAL diente u.a. ein bereits 2005 erstelltes Datenverwendungskonzept.

chische Landesgesundheitsfonds überwies den Krankenanstalten als Vergütung einen Pauschalbetrag: Das Oö KAG sah im Jahr 1997 die Aufteilung der Mittel für Ambulanzleistungen (Ambulanz-Gebührenersätze) auf die einzelnen Rechtsträger der Krankenanstalten im Verhältnis der für das Jahr 1994 von den Sozialversicherungsträgern geleisteten Ambulanzgebühren vor (Jahrespauschale). Für die Valorisierung der Ambulanz-Gebührenersätze war das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) maßgeblich⁸².

Den Ärzten konnten für die Tätigkeit im Rahmen der ambulanten Untersuchung und Behandlung u.a. Anteile am Ambulanz-Gebührenersatz überlassen werden (Ärzteanteile).⁸³

(2) Der RH hatte in seinem Bericht Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen (Reihe Oberösterreich 2011/3) festgestellt, dass der Kostendeckungsgrad für ambulante Leistungen in den überprüften Krankenanstalten im Jahr 2008 zwischen 17 % (KH Vöcklabruck) und 39 % (KH BHS Ried) betrug.

Bezogen auf das Jahr 2014 lag der Kostendeckungsgrad (Ambulanz-Gebührenersätze ohne Arztanteile im Verhältnis zu den ambulanten Endkosten) zwischen 21 % (KH Vöcklabruck) und 34 % (KH BHS Ried).

(3) (a) Die Gesundheitsreform 2013⁸⁴ sah die Erarbeitung von sektorenübergreifenden Abrechnungsmodellen für den ambulanten Bereich (spitalsambulant und niedergelassen) vor. Dafür war bei der Bundesgesundheitsagentur eine Arbeitsgruppe einzurichten, die bis Ende 2013 ihre Ergebnisse als Grundlage für die Entscheidung im Jahr 2014 über eine mögliche Umstellung des Abrechnungssystems im ambulanten Bereich zu präsentieren hatte.

Auch der RH hatte in seinen Berichten bereits mehrfach die Entwicklung bzw. Umsetzung einer einheitlichen sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs empfohlen.⁸⁵

⁸² § 447 f. Abs. 1 ASVG

⁸³ Die Anteile durften den Ärzten pro Rechtsträger höchstens in jenem Verhältnis überlassen werden, das dem des Jahres 1994 entsprach.

⁸⁴ Art. 8 und 9 der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

⁸⁵ siehe dazu TZ 11 und 16 im Bericht des RH „Teilbereiche der Gesundheitsreform 2005 mit Länderaspekten Tirol und Wien“, Reihe Bund 2010/5; TZ 10 und 11 im Bericht des RH „Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark“, Reihe Steiermark 2011/7

Leistungsdokumentation

(b) Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag war zum strategischen Ziel „Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anzupassen, durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen“ die Schaffung eines bundesweit einheitlichen Abrechnungsmodells des Bereichs Ein-Tages-Aufenthalte/Null-Tages-Aufenthalte/spitalsambulant bis Mitte 2015 vorgesehen.

(c) Laut BMGF seien die Arbeiten für ein eigenes bundesweites Bepunktungsmodell für den gesamten spitalsambulanten Bereich so terminisiert, dass die Ergebnisse mit dem weiterentwickelten LKF-Modell 2017 umgesetzt werden könnten; dieses werde zur Jahresmitte 2016 beschlossen werden. Bis Ende 2015 solle ein Vorschlag für ein entsprechendes Bepunktungsmodell vorliegen, wobei eine entsprechende inhaltliche Abstimmung mit dem LKF-Modell 2017 erfolge.

- 32.2** Der RH hielt kritisch fest, dass in Oberösterreich die Vergütung der spitalsambulanten Leistungen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nach wie vor durch einen Pauschalbetrag erfolgte.

Der RH wies darauf hin, dass das BMGF ein bundesweit einheitliches Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich anstrebte; dies war auch im Bundes-Zielsteuerungsvertrag vereinbart. Er hielt jedoch ausdrücklich fest, dass die Gesundheitsreform 2013 demgegenüber ein sektorenübergreifendes Finanzierungsmodell für den gesamten ambulanten Bereich (spitalsambulant und niedergelassen) vorsah. Der RH empfahl dem BMGF erneut, ein solches Modell zu entwickeln.

- 32.3** *Laut Stellungnahme des BMGF werde derzeit im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit an einem Bepunktungs-/Finanzierungsmodell für den spitalsambulanten Bereich gearbeitet. Mit diesem Modell sei eine pauschalierte Vergütung von Leistungen gleichlaufend zu der im Rahmen der LKF im stationären Bereich möglich. Die Einführung eines derartigen, österreichweit einheitlichen Bepunktungsmodells für die Spitalsambulanzen sei mit Jänner 2017 gemeinsam mit dem aktualisierten LKF-Modell 2017 in Vorbereitung. Ein Finanzierungsmodell für den gesamten ambulanten Bereich sei derzeit nicht politisch vereinbart und vorgesehen.*

- 32.4** Der RH erinnerte das BMGF daran, dass die Gesundheitsreform 2013 die Erarbeitung von sektorenübergreifenden Abrechnungsmodellen für den ambulanten Bereich (spitalsambulant und niedergelassen) ausdrücklich vorsah; er wiederholte seine Empfehlung, ein solches Finanzierungsmodell zu entwickeln.

KAL-Dokumentation – Erstaufnahmeeinheiten 33.1 (1) Die KAL-Dokumentation der ambulanten Leistungen der überprüften Erstaufnahmeeinheiten stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 20: Erfassung nach dem Katalog ambulanter Leistungen (KAL)

	KH Vöcklabruck	KH Wels	KH BHS Ried
verwendete KAL-Positionen	22	3	46
Dokumentationsart	Mapping	Originärdokumentation	Mapping
für welche Patienten?	auch ambulante Patienten, die stationär wurden	nur ambulante Patienten	nur ambulante Patienten
gemeldete KAL-Leistungen 2014	89.480 Leistungen	8.140 Leistungen	66.970 Leistungen
laut interner Leistungsstatistik	92.350 Leistungen	–	12.080 Leistungen
Unterschied KAL/interne Leistungsstatistik	– 2.870 Leistungen	–	+ 54.890 Leistungen
am häufigsten verwendete KAL-Positionen	<ul style="list-style-type: none"> • sonstige im Rahmen eines ambulanten Kontakts oder anderer Leistungen erbrachte (Teil-)Leistungen • Kontakt in einer spitalsambulanten Einrichtung • EKG in Ruhe 	<ul style="list-style-type: none"> • Parenterale Medikamentenverabreichung – intravenöse Injektion • Parenterale Medikamentenverabreichung – intravenöse Tropfinfusion • EKG in Ruhe 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Chemie: Leber/Pankreas • Kontakt in einer spitalsambulanten Einrichtung • Hämatologie: Blutbild
Hauskatalog – KAL: inhaltliche Übereinstimmung in Verbuchung?	weitgehend	–	kaum ¹

¹ Im KH BHS Ried wurden nach dem Hauskatalog die Leistungen der Erstaufnahmeeinheit vor allem unter „Entnahme von Blut zur parasitologischen/mikrobiologischen Untersuchung“ (4.058), „Auswertung und Befundung Elektrokardiogramm“ (1.545) und „intravenöse Injektion peripher manuell“ (1.156) verbucht; demgegenüber wurden für den KAL vor allem Laborleistungen (80,7 %) gemeldet.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

(2) Das KH Vöcklabruck und das KH BHS Ried erfassten die Leistungen ihrer Erstaufnahmeeinheit auf 22 bzw. 46 KAL-Positionen; dabei erfolgte grundsätzlich keine Originärdokumentation, sondern eine Überleitung (Mapping) aus dem Hauskatalog⁸⁶. Demgegenüber dokumentierte das KH Wels diese Leistungen originär auf drei KAL-Positionen (siehe Punkt (5)).

(3) Das KH Vöcklabruck verbuchte alle Leistungen der Erstaufnahmeeinheit im KAL, auch jene für Patienten, die in der Folge stationär aufgenommen wurden. Dagegen verbuchten das KH Wels und das KH BHS Ried nur jene Leistungen im KAL, die an ausschließlich ambulanten Patienten erbracht wurden; die erbrachten Leistungen für die in der Folge stationär aufgenommenen Patienten führten sie in die stationäre Dokumentation über.

⁸⁶ der vom Krankenhaus selbst erstellte Leistungskatalog

Leistungsdokumentation

(4) Die Gegenüberstellung der Daten der Leistungsstatistik der Erstaufnahmeeinheiten und der KAL-Datenmeldungen des KH Vöcklabruck und des KH BHS Ried ergab – insbesondere im KH BHS Ried – deutliche Unterschiede in der Anzahl der Leistungen (KH Vöcklabruck: intern rd. 92.350 Leistungen gegenüber 89.480 KAL-Leistungen und somit eine Differenz von rd. – 2.900⁸⁷; KH BHS Ried: intern rd. 12.080 Leistungen gegenüber rd. 66.970 KAL-Leistungen und somit eine Differenz von rd. + 54.900⁸⁸).

Im KH Vöcklabruck stimmten Leistungsarten laut Hauskatalog und KAL-Leistungen inhaltlich weitgehend überein. Das KH BHS Ried verbuchte nach dem Hauskatalog die Leistungen der Erstaufnahmeeinheit vor allem unter „Entnahme von Blut zur parasitologischen/mikrobiologischen Untersuchung“, „Auswertung und Befundung Elektrokardiogramm“ und „intravenöse Injektion peripher manuell“⁸⁹; demgegenüber meldete es für den KAL vor allem Laborleistungen (80,7 %).

(5) Das KH Wels, das als einziges originär verbuchte, wies im Jahr 2014 insgesamt rd. 8.140 KAL-Leistungen (bei 21.443 ambulanten Patientenfrequenzen) in der Erstaufnahmeeinheit aus.

Laut KH Wels verbuche es aus folgenden Gründen nur eine Teilmenge im KAL:

- Neue Leistungen würden mangels Abrechnungsrelevanz und Vergleichbarkeit mit der Vergangenheit nicht mehr aufgenommen. In der medizinischen Dokumentation seien die erbrachten Leistungen angeführt.
- Aus dem KAL-Projekt gebe es noch keine offiziell kommunizierten Bewertungsrelationen/Preise zu den KAL-Leistungen. Eine Erfassung der Leistungen auf KAL-Ebene schein nicht sinnvoll, weil eine Abschätzung der Katalogentwicklung noch nicht absehbar sei. Jede Änderung des Katalogs würde auch die Dokumentationsanfordernisse ständig ändern, was nicht praktikabel erscheine.

⁸⁷ So mussten laut KH Vöcklabruck bspw. Leistungen abgezogen werden, weil diese in der KAL-Datenerfassung je Sitzung begrenzt wären bzw. mehrere Leistungseinheiten zu einer KAL-Position zusammengefasst würden. Das betreffe vor allem die Position ZZ572 „parenterale Medikamentenverabreichung“ mit rd. 2.900 Leistungen.

⁸⁸ Der größten Position (4.058) im Hauskatalog und einer weiteren Position (Entnahme von Blut bzw. Urin zur ...) wurden 54.067 Labor-KAL-Positionen zugeordnet; im Durchschnitt hatte eine Entnahme von Untersuchungsmaterial zu 6,9 Laborpositionen geführt.

⁸⁹ auch noch häufig: sonstige biochemische Untersuchung Urin (863), intravenöse Infusion peripher schwerkraftgetrieben/Infusion (729) und Wundverband sonstige Lokalisation (612)

Im Übrigen sei der KAL derzeit nicht geeignet, eine vergleichbare Datenlage zu ermöglichen.⁹⁰

(6) Zum Ziel „Sektorenübergreifende einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation (standardisiert und codiert) sicherstellen und schrittweise umsetzen“ im Bundes- und im oberösterreichischen Landes-Zielsteuerungsvertrag war als eine (laufende) Maßnahme die Sicherstellung der Datenvalidität vorgesehen.⁹¹

Laut BMGF sollte das erste Quartal 2014 im Herbst 2015 vollständig (mit intra- und extramuralen Daten) vorliegen, so dass anhand dieser Daten fristgerecht bis Ende 2015 eine Prüfroutine zur Sicherung der Datenqualität der Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich konzipiert werden könne. Eine Implementierung dieser Prüfroutine wäre in Abstimmung und zeitgleich mit der Umsetzung des umfassend weiterentwickelten LKF-Modells 2017 am sinnvollsten.

Beim Oberösterreichischen Gesundheitsfonds wurden zur Zeit der Gebärungsüberprüfung insbesondere die Warnings/Errors überprüft bzw. Auffälligkeiten, die sich aus den Analysen der Arbeitsgruppe KAL ergaben. Ziel der Plausibilitätsprüfungen war, einen Verbesserungsprozess in den oberösterreichischen Krankenanstalten einzuleiten.

33.2 (1) Vor dem Hintergrund einer intendierten einheitlichen und vergleichbaren Datenlage wies der RH kritisch darauf hin, dass die überprüften Krankenanstalten die KAL-Leistungen in den Erstaufnahmeeinheiten nach wie vor sehr unterschiedlich dokumentierten, indem vor allem:

- das KH Vöcklabruck alle Leistungen der Erstaufnahmeeinheiten im KAL verbuchte, während das KH Wels und das KH BHS Ried nur die Leistungen an ausschließlich ambulanten Patienten verbuchten,
- im KH BHS Ried – anders als im KH Vöcklabruck – zwischen Hauskatalog und KAL große Unterschiede in der Verbuchungspraxis bestanden; dies betraf im KH BHS Ried sowohl die Anzahl (Differenz extern zu intern: rd. + 55.000 Leistungen) als auch die Art der verbuchten Leistungen (im KAL zu mehr als 80 % Laborleistungen verbucht) und

⁹⁰ Laut KH Wels seien die KAL-Leistungen nicht direkt vergleichbar und sehr inhomogen teuer; daher wäre ein einheitlicher Abrechnungsmodus hier extrem verzerrend. Weiters seien die Frequenzen nicht vergleichbar. Ebenso fehle die Vergleichbarkeit mit dem niedergelassenen Bereich, weil das Mapping von Honorarabrechnungen und jenes von Krankenanstalten-Hauskatalogen zu enormen Unschärfen führe. Manche Leistungen im niedergelassenen Bereich würden aufgrund der Abrechnungsdeckelung nicht abgerechnet und erfasst.

⁹¹ im oberösterreichischen Landes-Zielsteuerungsvertrag: „den KAL gemeinsam auch mit Fokus auf Validität analysieren und Schlussfolgerungen ableiten“

Leistungsdokumentation

- das KH Wels überhaupt nur eine Teilmenge der erbrachten Leistungen auf lediglich drei KAL-Positionen erfasste.

Dem KH Vöcklabruck und dem KH BHS Ried empfahl der RH daher eine kontinuierliche Verbesserung ihrer Meldepraxis und eine interne Qualitätssicherung; Ziel sollte letztlich eine Originärdokumentation sein. Dem KH Wels empfahl der RH, raschestmöglich vollständige KAL-Meldungen sowie eine entsprechende interne Qualitätssicherung durchzuführen.

(2) Der RH anerkannte grundsätzlich die Bemühungen des BMGF und des Landes Oberösterreich um eine einheitliche Dokumentation im ambulanten Bereich. Um künftig vergleichbare Datengrundlagen zu erhalten, empfahl er jedoch diesen, die Validitätsprüfungen der gemeldeten KAL-Leistungen zu forcieren und die Krankenanstalten zu einheitlichen Datenmeldungen anzuhalten.

33.3 (1) *Laut Stellungnahme des BMGF überprüfe es seit Einführung der Dokumentation im ambulanten Bereich laufend die Datenmeldungen der Länder und der Sozialversicherung. Das Erreichen einer weitgehend validierten Datenbasis erfordere allerdings entsprechend Zeit und das Sammeln von Erfahrungen. Die Erfahrungen aus dem stationären Bereich hätten gezeigt, dass eine gute Datenqualität (Vollständigkeit, Vergleichbarkeit) erst auf Basis ausreichender Erfahrungen mit der Verwendung der Daten erreicht werden könne. Darüber hinaus werde die Datenqualität insbesondere durch eine Bindung der Finanzierung an die Datenmeldungen positiv beeinflusst.*

(2) *Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich würden aufbauend auf bereits vorliegenden Grundlagen (vergleichende Auswertung der ambulanten Daten aller oberösterreichischen Krankenanstalten, vor Ort eingeholte Informationen zu Besonderheiten der ambulanten Dokumentation in einer Krankenanstalt) im Sommer 2016 alle oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten einer Validitätsprüfung unterzogen sein. Auf Landesebene sei im Rahmen der Zielsteuerung eine Arbeitsgruppe eingerichtet worden, die die sektorenübergreifende einheitliche Leistungsdokumentation analysiere. Auf Bundesebene werde derzeit das Analysetool DIAG adaptiert, um auch pseudonymisierte Daten analysieren zu können.*

Erfahrungen aus der Einführung der Leistungsdokumentation im stationären Bereich würden allerdings nahelegen, dass es mehrere Jahre dauern werde, bis einheitliche Datenmeldungen vorliegen. Daher seien (finanzielle) Konsequenzen bei fehlerhaften oder undifferenzierten Datenmeldungen anzudenken, um die Validität der Daten zu verbessern.

(3) Laut Stellungnahme der gespag liege die kontinuierliche Verbesserung der KAL-Meldepraxis auch in ihrer Intention. Es werde allerdings erst mittelfristig möglich sein, das Ziel einer vollständigen und umfassenden Originär-Dokumentation umsetzen zu können.

Patientenwege nach der Erstaufnahmeeinheit

Versorgung und/oder Weiterleitung der Patienten 34.1 (1) Laut den rechtlichen Vorgaben⁹² umfasste das Leistungsspektrum von Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. von Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) auch die Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfs und die Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich.

(2) Die diesbezügliche Datenlage in den überprüften Krankenanstalten stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 21: Versorgung/Weiterleitung von Patienten – verfügbare Daten 2014

	KH Vöcklabruck	KH Wels	KH BHS Ried
Patientenfrequenzen	18.304	34.932	16.236
<i>davon</i>			
<i>stationär</i>	7.265	13.489	6.661
<i>nicht stationär</i>	11.039	21.443	9.575
<i>davon</i>			
<i>abschließend versorgt</i>	nicht auswertbar	15.762	nicht auswertbar
<i>in Fachambulanz weitergeleitet</i>	nicht auswertbar	5.681 ¹	nicht auswertbar ²

¹ beinhaltet auch die in der Erstaufnahmeeinheit erfolgten Konsile

² Auswertungen ab 2015 möglich

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

Das KH Vöcklabruck⁹³ und das KH BHS Ried konnten – abgesehen von den stationären Aufnahmen – keine auswertbaren Daten über die

⁹² § 6 Abs. 7 Z 4 und 5 KAKuG und § 10 Abs. 9 Z 4 und 5 Oö KAG 1997, ÖSG, Oö KAP/GGP

⁹³ Als einzige der drei überprüften Krankenanstalten wies das KH Vöcklabruck Patienten auch ohne Triagierung bzw. Behandlung in den niedergelassenen Bereich ab, wenn der diensthabende Fach- bzw. Sekundararzt in der Erstaufnahmeeinheit feststellte, dass ein Patient keiner akuten Krankenhausbehandlung bedurfte. Im Jahr 2013 wies das KH Vöcklabruck 1.029 Patienten (6,1 %) ab, im Jahr 2014 621 Patienten (3,4 %). Diese Abweisung wurde mittels Kurzaufnahme administriert und dokumentiert. Dem Patienten wurde dabei ein Formular mit den Namen des abweisenden Arztes einerseits und des empfohlenen Fach- bzw. Hausarztes andererseits mitgegeben. Darin war auch weiters vermerkt, dass der Patient bei akuter Verschlechterung seines Gesundheitszustandes nochmals die Erstaufnahmeeinheit aufsuchen könne.

Patientenwege nach der Erstaufnahmeeinheit

abschließende Behandlung bzw. die weiteren Patientenwege zur Verfügung stellen; das KH BHS Ried erhob erst seit 2015 Daten über die Weiterleitung der Patienten der Erstaufnahmeeinheit in die eigenen Fachambulanzen.

Demgegenüber erfasste das KH Wels in einer Art Matrix, ob der Patient in der Erstaufnahmeeinheit abschließend behandelt wurde bzw. wo die Folgebehandlung erfolgte. Die Anzahl der in Fachambulanzen der beiden Standorte Wels und Grieskirchen weitergeleiteten Patienten (5.681 Patienten, rd. 16 %) beinhaltet allerdings auch die in der Erstaufnahmeeinheit erfolgten Konsile.

- 34.2** Der RH wies kritisch darauf hin, dass das KH Vöcklabruck und das KH BHS Ried – abgesehen von der stationären Aufnahme – (bislang) keine auswertbaren Daten über die abschließende Versorgung bzw. den weiteren Behandlungsweg der nicht stationär aufgenommenen Patienten (das waren rd. 60 % der Patienten) hatten. Demgegenüber anerkannte er die detaillierte Datenlage im KH Wels, wenngleich eine Trennung zwischen Konsilen in der Erstaufnahmeeinheit und Weiterleitung in die Fachambulanzen nicht möglich war. Weiters anerkannte der RH, dass das KH BHS Ried nunmehr über auswertbare Daten zur Weiterleitung in die eigenen Fachambulanzen verfügte.

Der RH empfahl den überprüften Krankenanstalten, Daten betreffend die abschließende Behandlung in der Erstaufnahmeeinheit bzw. den weiteren Patientenweg der nicht stationär aufgenommenen Patienten in der Krankenanstalt standardmäßig und differenziert zu erheben bzw. auszuwerten, weil sie aus seiner Sicht wesentliche Steuerungsinstrumente darstellten.

- 34.3 (1)** *Die gespag sagte in ihrer Stellungnahme zu, zu prüfen, ob diese Möglichkeit der Rückmeldung und Auswertung mit einem vertretbaren Aufwand im Salzkammergut-Klinikum umgesetzt werden könne.*

(2) Laut Stellungnahme der Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH sei im Statut der Erstversorgungseinheit des KH Wels keine konsiliarische Beziehung vorgesehen. Es erfolge also bei Bedarf immer eine Weiterleitung in eine Fachambulanz. Innerhalb der Kerndienstzeit finde die Begutachtung in den Fachambulanzen statt (ausgenommen z.B. Schlaganfallmanagement), außerhalb der Kerndienstzeit teilweise in den Räumlichkeiten der Erstaufnahmeeinheit, aber auch in den Fachambulanzen oder auf den Fachstationen.

(3) Laut Stellungnahme der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. werde diese Empfehlung des RH im Zuge der Adaptierung der Zeitmarken-Software mitüberlegt werden.

34.4 Der RH erinnerte die Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH daran, dass sie selbst in einer schriftlichen Fragebeantwortung ausdrücklich zwischen fachärztlichem Konsil in der Erstaufnahmeeinheit und der Weiterleitung eines Patienten in die Fachambulanz unterschieden hatte.

Verweildauer in den
Aufnahmestationen

35.1 (1) Die Aufnahmestationen der überprüften Krankenanstalten dienten grundsätzlich dazu, Patienten aus den Erstaufnahmeeinheiten vorübergehend und zeitlich befristet stationär aufzunehmen, um sie in der Folge entweder nach Hause zu entlassen oder auf die Fachstationen weiter zu transferieren.

Sowohl der ÖSG als auch die internen Festlegungen der überprüften Krankenanstalten sahen vor, dass Patienten nicht länger als 24 Stunden auf den Aufnahmestationen verbleiben sollten.

(2) Im KH Vöcklabruck erfolgte die Belegung der interdisziplinären Aufnahmestation⁹⁴ grundsätzlich von 18.00 Uhr bis 7.00 Uhr.⁹⁵ Die Aufenthaltsdauer der Patienten betrug im Zeitraum 2011 bis 2014 nie mehr als 24 Stunden. Im Jahr 2014 blieben rd. 60 % der Patienten weniger als zwei und weitere rd. 30 % weniger als vier Stunden dort.

(3) Im KH Wels erfolgte die Belegung der Internistischen Aufnahmestation rund um die Uhr. Der Anteil der dort länger als 24 Stunden⁹⁶ verbleibenden Patienten betrug für die Jahre 2011 bis 2014 (bis auf 2012) jeweils weniger als 2 % der Gesamtzahl an Patienten; für die längere Aufenthaltsdauer waren organisatorische Erfordernisse (z.B. infektiöse Patienten) maßgeblich. Über die Hälfte der Patienten (rd. 4.190) verblieb im Jahr 2014 maximal vier Stunden auf der Aufnahmestation.

(4) Im KH BHS Ried zeigten die Verweildauern auf der Aufnahmestation ein anderes Bild:

⁹⁴ Untertags erfolgte eine stationäre Aufnahme direkt auf die zuständige Fachstation.

⁹⁵ Die zuständigen Fachärzte visitierten ihre Patienten auf der Aufnahmestation zu in den Schnittstellenvereinbarungen festgelegten Zeiten, bei nicht-fachzugeordneten Patienten visitierte der Arzt der Erstaufnahmeeinheit. Verlegungen auf die Fachabteilungen, eine Entlassung oder eine Fachzuteilung des Patienten (mit anschließender Verlegung auf die Fachabteilung) mussten bis 14.00 Uhr erfolgt sein.

⁹⁶ Das aus 2012 stammende Organisationskonzept regelte einen maximal 24-stündigen Aufenthalt der Patienten (Ausnahmen: IMCU – Intermediate Care Unit und RCU – Respiratory Care Unit).

Patientenwege nach der Erstaufnahmeeinheit

(a) Die Aufnahmestation war für Nachtaufnahmen von 18.00 Uhr bis 7.00 Uhr sowie tagsüber für jene Patienten, die voraussichtlich weniger als 24 Stunden im Krankenhaus verblieben, vorgesehen.⁹⁷

(b) Das KH BHS Ried wertete die Aufenthaltsdauer von Patienten auf der Aufnahmestation nicht regelmäßig aus. Die im März 2014 durchgeführte Evaluierung der Aufnahmestation zeigte, dass diese oft als „Pufferstation“ diente, Betten der Aufnahmestation teils direkt von Fachambulanzen und –abteilungen belegt würden und das Pflegepersonal die Zuständigkeit der behandelnden Ärzte „situativ“ schätzen musste. Ebenso habe sich die Fachzuordnung mit dem Übergang der ärztlichen Verantwortung ab der Aufnahme auf die Aufnahmestation nicht als durchgängig praktikabel erwiesen. Auch zeigte die Evaluierung u.a. die mangelnde „Visitendisziplin“ und die unzureichende Regelung der Weiterverlegung auf.

(c) Für eine Re-Evaluierung erhob das KH BHS Ried im Zeitraum des ersten Quartals 2014 und von Mai bis Oktober 2014 folgende Daten zur Aufenthaltsdauer auf der Aufnahmestation:

Tabelle 22: Patientenzahlen und Aufenthaltsdauer nach Stunden in der Aufnahmestation des KH BHS Ried, 1. Quartal und Mai bis Oktober 2014 (gerundet)

Aufenthaltsdauer	1. Quartal		Mai bis Oktober 2014	
	Patienten	%-Anteil	Patienten	%-Anteil
< 24 Stunden	1.116	80,6	1.322	79,2
> 24 Stunden	268	19,4	320	19,2
> 48 Stunden	keine Daten	keine Daten	25	1,5
> 72 Stunden	keine Daten	keine Daten	3	0,2
Patienten gesamt	1.384	100	1.670 ¹	100

¹ exklusive 448 Entlassungen

Quellen: KH BHS Ried; RH

Die Prozentanteile der Patienten, die über 24 Stunden auf der Aufnahmestation verblieben, stiegen um 1,5 Prozentpunkte an; ein Vergleich der Patientenzahlen, die länger als 48 oder 72 Stunden auf der Aufnahmestation verblieben, war mangels detaillierter Daten nicht möglich.

⁹⁷ Eine Verlegung auf eine Fachstation sollte nach der Facharzt-Visite bis 12.00 Uhr erfolgen, Entlassungen von Patienten bis 10.00 Uhr. Das Nicht-Ziel der Aufnahmestation war die Schaffung einer Pufferstation, daher sollten bis 18.00 Uhr höchstens vier (der insgesamt 14) Betten auf der Aufnahmestation belegt sein.

(d) Obwohl das Controlling in Folge der Re-Evaluierung die Patienten monatlich nach Fachbereich erfassen und die Anzahl jener Patienten, die länger als 24 Stunden auf der Aufnahmestation verblieben, der ärztlichen Direktion melden sollte, unterblieb die Umsetzung dieser Maßnahme.

Im Übrigen ergab die Re-Evaluierung u.a., dass sich die Visitendisziplin leicht verbessert hatte, die Weiterverlegung jedoch nach wie vor unzureichend geregelt war.

- 35.2** (1) Der RH bemängelte im KH BHS Ried die Überschreitung der Aufenthaltsdauer auf der Aufnahmestation in rd. 20 % der Fälle und die fehlende Umsetzung von im Zuge einer Evaluierung vorgeschlagenen Maßnahmen zur Vermeidung solcher Überschreitungen. Demgegenüber anerkannte der RH, dass es im KH Vöcklabruck nie und im KH Wels kaum zu Überschreitungen der 24-Stunden-Verweildauer kam; dies obwohl bspw. die Aufnahmestation des KH Vöcklabruck nicht einmal halb so groß war (sechs Betten bei 18.304 Patientenfrequenzen im Jahr 2014) wie jene des KH BHS Ried (14 Betten bei 16.236 Patientenfrequenzen).

Dem KH BHS Ried empfahl der RH daher, die Aufenthaltszeiten auf der Aufnahmestation regelmäßig auszuwerten und entsprechende weiterführende Maßnahmen zur Einhaltung der internen Vorgaben sowie des ÖSG zu setzen.

(2) Ferner wies der RH gegenüber dem KH BHS Ried auf die weiteren im Rahmen der Evaluierung bzw. Re-Evaluierung identifizierten Problemfelder hin und empfahl, diese durch geeignete Maßnahmen (z.B. zweckmäßige Regelung der Weiterverlegung) zu lösen.

- 35.3** *Laut Stellungnahme der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. werde der Entlassungsprozess auf den bettenführenden Stationen laufend bearbeitet, um eine raschere Verlegung von der Aufnahmestation zu ermöglichen.*

Externe und interne Zusammenarbeit

Zusammenarbeit mit dem Notarzt- und Rettungswesen

36.1 (1) Laut ÖSG sollten Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) eine enge Zusammenarbeit mit dem Notarzt- und Rettungswesen anstreben, um ein verlässliches Notfallversorgungssystem zu gewährleisten; nähere Vorgaben bestanden nicht.⁹⁸

(2) In den überprüften Krankenanstalten war diese Zusammenarbeit der Erstaufnahmeeinheiten wie folgt geregelt:

Tabelle 23: Zusammenarbeit der Erstaufnahmeeinheiten (EAE) mit dem Notarzt- und Rettungswesen

	KH Vöcklabruck	KH Wels	KH BHS Ried
• Stützpunkt/Rettungsdienst	in unmittelbarer Nähe der Krankenanstalt		
• schriftliche Regelungen	ja (für Notfälle)		
– Regelungspartner	KH und Rettungsdienst	EAE und für Notarzteinsätze zuständige KH-Abteilung	<ul style="list-style-type: none"> • EAE-interne Verfahrensanweisung • + Mitteilung an Rettungsleitstelle
– Regelungszeitpunkt	Februar 2015	September 2010	Jänner 2015 zuletzt aktualisiert
– Regelungsinhalt	nur Meldewege	Aufgaben Notärzte bei Einlieferung + Kontakte	Kommunikationskette + Aufnahmeprozess
• Kommunikation	informell und institutionalisiert ¹	anlassbezogen	anlassbezogen

¹ Die Notärzte der Erstaufnahmeeinheit des KH Vöcklabruck nahmen auch an den Rettungseinsätzen teil, darüber hinaus gab es regelmäßige Gespräche (ca. alle zwei Monate).

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

(a) Im Februar 2015 erstellten das KH Vöcklabruck und der Rettungsdienst ein Dokument „Meldewege“ über die vom Rettungsdienst zu kontaktierenden Einheiten innerhalb der Krankenanstalt (z.B. die Erstaufnahmeeinheit bei internistischen, neurologischen und pädiatrischen Notfallpatienten sowie bei Herzalarm) sowie ein Ablaufdiagramm zur Voranmeldung kritischer Patienten.

(b) Ein seit September 2010 in Kraft stehender Anhang zum Statut der Erstaufnahmeeinheit im KH Wels regelte die Zusammenarbeit zwi-

⁹⁸ Die Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement regelte vor allem geplante Aufnahmen und war für ungeplante Aufnahmen kaum anwendbar.

schen Notärzten⁹⁹ bzw. Rettungsdienst und der Erstaufnahmeeinheit. „Vereinbarungspartner“ war der Leiter des Instituts für Anästhesiologie und Intensivmedizin I des KH Wels, der für den Notarztdienst zuständig war; der Rettungsdienst selbst war nicht (auch) als „Partner“ miteinbezogen.

In diesem Anhang war z.B. festgelegt, dass Patienten mit Schlaganfall bzw. Schlaganfallverdacht in die Erstaufnahmeeinheit gebracht werden sollten, wo die Begutachtung durch den in die Erstaufnahmeeinheit gerufenen diensthabenden Neurologen – entsprechend einem eigenen Standard „Vorgehen bei akutem Schlaganfall oder Schlaganfall-Verdacht“ (TZ 26) – stattfand. Hinsichtlich der Verbringung von sonstigen neurologischen Patienten hatten die Dokumente Aktualisierungsbedarf.¹⁰⁰

(c) Die Zusammenarbeit zwischen KH BHS Ried und Rettungsdienst bei Notfällen (auch Hubschrauberanlieferung) regelte eine zuletzt im Jänner 2015 überarbeitete Verfahrensanweisung¹⁰¹, wonach sämtliche Notfallpatienten beim Portier anzukündigen waren; dieser hatte dann die in der Verfahrensanweisung festgelegten weiteren Kommunikationsketten bzw. Aufnahmeprozesse in Gang zu setzen.¹⁰² Die Rettungsleitstelle hatte Kenntnis von der Verfahrensanweisung.

Die bei Notfallaufnahmen zu verständigenden Ärzte waren jedoch laut dieser Verfahrensanweisung und der zuletzt im November 2014 überarbeiteten Abteilungsordnung der Abteilung für Innere Medizin I jeweils andere.¹⁰³

⁹⁹ Die Notärzte im Bereich des KH Wels waren nicht gleichzeitig auch Ärzte der Erstaufnahmeeinheit.

¹⁰⁰ Laut Dokument „Patientenströme“ kamen neurologische Patienten nur mit Überweisung eines Facharztes für Neurologie während der Ambulanzöffnungszeiten direkt in die Neurologie-Ambulanz, alle anderen kamen in die AVA, der Anhang zum Ambulanzstatut regelte aber deren Verbringung in die Neurologie-Ambulanz unabhängig von Ambulanzzeiten.

¹⁰¹ Vorversionen mit grundsätzlich gleichem Inhalt bestanden seit der Inbetriebnahme der Erstaufnahmeeinheit des KH BHS Ried.

¹⁰² So hatte der Portier bspw. bei beatmeten Patienten den diensthabenden Intensivmediziner zu verständigen. Bei nicht beatmeten Patienten waren für Unfallpatienten, Fälle für Geburtshilfe, Kinder unter 16 Jahren sowie Patienten für die Intensivstation, Herzüberwachungs-Station und Stroke Unit die diensthabenden Ärzte der Ambulanzen und Fachstationen zu verständigen; Patienten anderer Fächer bzw. mit unklarer Fachzuteilung wurden in der Erstaufnahmeeinheit gemeldet.

¹⁰³ Laut Verfahrensanweisung war bei Notarzteinlieferung nicht beatmeter Patienten (außer Patienten der Bereiche Unfall, Geburtshilfe, Kinder, Intensivstation, Herzüberwachung und Stroke) der ZAE-Arzt zu verständigen. Laut dem zumindest seit September 2011 nicht überarbeiteten Punkt der Abteilungsordnung für Innere Medizin I war jedoch vom die interne Abteilung anfahrenden Notarzt zu jeder Zeit der Facharzt an der Internen Abteilung zu verständigen.

Externe und interne Zusammenarbeit

(3) Zwischen dem Salzkammergutklinikum (dessen Teil das KH Vöcklabruck neben dem KH Gmunden und dem KH Bad Ischl war) und dem Rettungsdienst fanden regelmäßige Gespräche statt. Im KH Wels und im KH BHS Ried erfolgte die Kommunikation demgegenüber anlassbezogen.

- 36.2** (1) Der RH wies kritisch darauf hin, dass das vom KH Vöcklabruck für die Zusammenarbeit mit der Rettung/den Notärzten mit einem Rettungsdienst vereinbarte Dokument erst vom Februar 2015 stammte (Erstaufnahmeeinheit seit 1999, TZ 7) und im Wesentlichen nur die von Rettung/Notarzt in der Krankenanstalt zu kontaktierenden Stellen regelte. Demgegenüber trafen das KH Wels und insbesondere das KH BHS Ried auch weitergehende inhaltliche bzw. prozessurale Festlegungen; allerdings verfügten das KH Wels und das KH BHS Ried lediglich über interne Vereinbarungen bzw. Anweisungen, die teilweise auch nicht aktuell waren. Als einzige Krankenanstalt regelte das KH BHS Ried auch die Anlieferung mit dem Hubschrauber.

Der RH empfahl daher den überprüften Krankenanstalten, die Zusammenarbeit mit der Rettung/den Notärzten umfassend und eindeutig zu regeln, schriftlich mit diesen zu vereinbaren sowie die Festlegungen allen Mitwirkenden zu kommunizieren und transparent zu machen.

(2) Ferner hob der RH hervor, dass im KH Vöcklabruck ein regelmäßiger und institutionalisierter Austausch mit dem Rettungsdienst stattfand; dagegen erfolgte ein Austausch im KH Wels und im KH BHS Ried nur anlassbezogen. Er empfahl diesen daher eine institutionalisierte Kommunikation mit dem Rettungsdienst.

- 36.3** (1) *Das Land Oberösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es die Träger der Krankenanstalten in Gesprächen immer wieder dazu anhalte, die Stehzeiten und Übergabezeiten zu optimieren, um die Einsatzbereitschaft der Rettungsorganisationen zu erhöhen.*

(2) *Die gspag sagte in ihrer Stellungnahme zu, die vorhandenen Absprachen sowohl bezüglich Umfang als auch Detailliertheit zu überprüfen und den Erfordernissen einer genaueren Regelung anzupassen.*

(3) *Laut Stellungnahme der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH habe der Leiter der Erstversorgungseinheit ständig persönlichen Kontakt mit Führungskräften des Roten Kreuzes. Änderungen von Abläufen würden dem Roten Kreuz mitgeteilt. Diese Vorgangsweise sei ausreichend.*

36.4 Der RH entgegnete der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH, dass für so wesentliche und teilweise zeitkritische Prozesse wie die Zusammenarbeit einer Erstaufnahmeeinheit mit dem Notarzt/den Rettungsorganisationen mündliche bzw. persönliche Absprachen nicht ausreichend waren; erforderlich waren vielmehr, allen Mitarbeitern bzw. in den Prozess Involvierten leicht zugängliche, transparente und umfassende Regelungen, die reibungslose Abläufe sicherstellen. Um zeitnah einen allenfalls notwendigen Handlungsbedarf identifizieren zu können, hielt der RH weiters eine institutionalisierte Kommunikation mit dem Rettungsdienst für erforderlich.

Interne Zusammen-
arbeit

37.1 (1) Die Übergänge von der Erstaufnahmeeinheit zu den Fachabteilungen bei stationärer Aufnahme oder zu Fachambulanzen bei Überweisung sowie die Zusammenarbeit insbesondere mit dem Labor, der Radiologie und der Intensivstation bzw. der Stroke Unit stellten wesentliche Schnittstellen in den Prozessen dar. Die Erstaufnahmeeinheiten der überprüften Krankenanstalten regelten diese Zusammenarbeit wie folgt:

Tabelle 24: Interne Zusammenarbeit der Erstaufnahmeeinheiten – Regelungen

	KH Vöcklabruck	KH Wels	KH BHS Ried
schriftliche Regelungen?	Schnittstellenvereinbarungen	Schnittstellenprotokolle	vereinzelt Regelungen in verschiedenen Dokumenten
mit allen Organisationseinheiten?	ja ¹	nein	nein

¹ Ausnahme: Institut für Pathologie

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

(2) KH Vöcklabruck

Im KH Vöcklabruck bestanden schriftliche Schnittstellenvereinbarungen mit sämtlichen Instituten und Abteilungen mit Ausnahme des Instituts für Pathologie. Sie galten als Teile des Ambulanzstatuts, wobei in einigen Fällen Widersprüche zwischen diesem und den Schnittstellenvereinbarungen bestanden¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Laut Schnittstellenvereinbarung war die HNO-Station um 7.15 Uhr anzurufen, dass ein Patient auf der Aufnahmestation lag, wohingegen Punkt 6 des Ambulanzstatuts festlegte, dass die Fachzuordnung und stationäre Aufnahme vom Arzt der Erstaufnahmeeinheit entschieden wurde und danach der diensthabende Facharzt sowie der jeweilige Turnusarzt für die Betreuung zuständig waren. Wer in der Nacht fachlich zuständig war und wie dies kommuniziert wurde, blieb offen.

Externe und interne Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit der Intensivstation bzw. dem Schockraum war Teil der Schnittstellenvereinbarung mit dem Bereich Anästhesie. Für die Kardiologische Intensivstation (CCU) gab es keine vertiefte Regelung in der Schnittstellenvereinbarung Innere Medizin. Die Stroke Unit war in der Schnittstellenvereinbarung Neurologie nicht erwähnt.

Die Schnittstellenvereinbarungen regelten häufig nach derselben Struktur Zuständigkeiten zur Behandlung sowie präferierte medizinische Vorgehensweisen. Der Großteil der Vereinbarungen enthielt dieselben, sehr allgemein formulierten Textpassagen. In manchen Vereinbarungen, wie etwa jener für das Zentrallabor, fehlten bspw. Ablaufregelungen gänzlich.¹⁰⁵

Einige Schnittstellenvereinbarungen standen – auch aufgrund ihres Alters – teils zu späteren Dokumenten im Widerspruch, enthielten aufgrund der Weiterentwicklung der Erstaufnahmeeinheit redundante Textpassagen oder legten fest, dass Detailfragen noch zu klären waren.¹⁰⁶ Wesentliche Inhalte wie etwa klare Zuständigkeiten und Kompetenzen bzw. Aufgaben waren nicht umfassend geregelt.

(3) KH Wels

Die im KH Wels bestehenden Schnittstellenvereinbarungen deckten nicht die Zusammenarbeit sämtlicher Institute/Abteilungen mit der Erstaufnahmeeinheit ab; so fehlten solche bspw. für Augenheilkunde, Innere Medizin sowie für sämtliche Intensivbereiche.¹⁰⁷ Soweit solche Vereinbarungen (z.B. für Neurologie, HNO, Urologie) bestanden, waren diese vor allem in Form von Protokollen zu stattgefundenen Schnittstellengesprächen verschriftlicht¹⁰⁸.

Die Protokolle enthielten teilweise nur Regelungen über die Patientenwege (bspw. bei entsprechender Dringlichkeit mögliche Zuweisungen an die jeweiligen Ambulanzen auch ohne Termin) oder von der Erstaufnahmeeinheit durchzuführende Tätigkeiten (bspw. Bildgebung veranlasst durch Erstaufnahmeeinheit bei Verdacht auf Thrombose). Die Stroke Unit etwa war im Schnittstellenprotokoll Neurologie

¹⁰⁵ Leistungsanforderungen an Labor, Radiologie und Pathologie erfolgten mit elektronischem Zuweisungsformular

¹⁰⁶ Die Unterschriften der Schnittstellenvereinbarungen erfolgten erst bis zu sieben Monate nach Erstellung des Dokuments.

¹⁰⁷ Die Zusammenarbeit mit dem Labor und der Radiologie erfolgte mittels elektronischer Zuweisung, eigene Schnittstellenvereinbarungen bestanden nicht.

¹⁰⁸ Mit der Unfall-Erstversorgung bestand eine auch so bezeichnete Schnittstellenvereinbarung.

nicht erwähnt.¹⁰⁹ Protokolle hatten teilweise Aktualisierungsbedarf¹¹⁰; wesentliche Inhalte wie bspw. klare Zuständigkeiten und Kompetenzen bzw. Aufgaben waren auch hier nicht umfassend geregelt.

(4) KH BHS Ried

Im KH BHS Ried bestanden keine schriftlichen Schnittstellenvereinbarungen zwischen der Erstaufnahmeeinheit und den Fachabteilungen bzw. den Intensivbereichen oder den Instituten (Labor, Röntgen etc.).¹¹¹

Die seit März 2014 geltende erste Version der Abteilungsordnung der Erstaufnahmeeinheit regelte die Zusammenarbeit mit dem Radiologie/CT/MR-Institut sowie die Möglichkeit der Vergabe einer begrenzten Anzahl von Terminen in der orthopädischen und der chirurgischen Ambulanz durch die Ärzte der Erstaufnahmeeinheit; im November 2014 erfolgte darüber hinaus die Aufnahme von Sonderregelungen zur Zusammenarbeit mit einigen Abteilungen¹¹² in eine neue Version der Abteilungsordnung.

Nur einige der Abteilungsordnungen (z.B. Augenheilkunde, Chirurgie) des KH BHS Ried erwähnten die Rolle und die Zuständigkeit der Erstaufnahmeeinheit sowie die Zusammenarbeit mit dieser, teils durch Verweis auf die geltenden Arbeitsanweisungen.¹¹³

In Dienst- und Verfahrensanweisungen sowie Leitfäden für die Ärzte der Erstaufnahmeeinheit fanden sich vereinzelte Regelungen zu Schnittstellen zwischen den Abteilungen und der Erstaufnahmeeinheit.

- 37.2** Der RH kritisierte, dass die Schnittstellenvereinbarungen im KH Vöcklabruck teilweise sehr allgemein formuliert und nicht mehr aktuell waren sowie zum Teil Widersprüche bzw. Lücken aufwiesen. Im KH Wels waren schriftliche Schnittstellenvereinbarungen nicht flächendeckend mit allen Abteilungen bzw. Instituten vorhanden, lagen – wenn überhaupt – lediglich in Form von Protokollen vor bzw. waren teils veraltet. In beiden Krankenanstalten waren wesentliche Inhalte wie z.B.

¹⁰⁹ Spezialprozesse waren teilweise in der SOP Vorgehen bei akutem Schlaganfall oder Schlaganfallverdacht geregelt.

¹¹⁰ Das aus 2012 stammende Protokoll zum Schnittstellengespräch zwischen HNO und Erstaufnahmeeinheit hatte u.a. Aktualisierungsbedarf, weil die Erstaufnahmeeinheit seitdem über eine eigene HNO-Untersuchungseinheit verfügte.

¹¹¹ Anforderungen vom Labor erfolgten mit handschriftlich ausgefüllten Formularen,

¹¹² Abteilungen für Gynäkologie, Kinder- und Jugendheilkunde, Augenheilkunde, HNO, Neurologie, weiters Unfallambulanz und Endoskopie

¹¹³ Die Abteilungsordnungen für die HNO sowie die Gynäkologie und Geburtshilfe-Abteilung hingegen enthielten selbst keine Regelungen zur Zusammenarbeit.

Externe und interne Zusammenarbeit

klare Zuständigkeiten und Kompetenzen bzw. Aufgaben nicht umfassend geregelt.

Im KH BHS Ried kritisierte der RH das gänzliche Fehlen von Schnittstellenvereinbarungen; die einzelnen vorhandenen Regelungen für Schnittstellen zwischen der Erstaufnahmeeinheit und anderen Einheiten waren auf verschiedene Dokumente verteilt.

Der RH empfahl daher den überprüften Krankenanstalten die Überarbeitung bestehender bzw. den Abschluss fehlender Schnittstellenvereinbarungen gemeinsam mit sämtlichen Abteilungen/Bereichen bzw. Instituten ihrer Krankenanstalt. Dabei wären alle für die Zusammenarbeit mit den Fachbereichen relevanten Inhalte (Zuständigkeiten, Prozesse, Konsiliarbeziehungen, Leistungen etc.) abzudecken sowie Transparenz bzw. Verfügbarkeit und Aktualität sicherzustellen. Dies auch um die Einhaltung des nach den krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben zulässigen Leistungsspektrums zu gewährleisten (TZ 25).

37.3 (1) *Die gespag wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass im KH Vöcklabruck die Schnittstellenvereinbarungen in weiten Teilen bereits vorlägen. Es werde allerdings geprüft, inwieweit Aktualität und Vollständigkeit ausreichend gegeben seien.*

(2) Laut Stellungnahme der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH seien eine Aktualisierung und Ergänzung der Schnittstellenvereinbarungen für die kritischen Themen (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Tonsillennachblutung) zweckmäßig. Eine überbordende Bürokratie lehne sie ab.

37.4 (1) Der RH hielt gegenüber der gespag fest, dass seine Analyse der vorhandenen Schnittstellenvereinbarungen überall einen dringenden Ergänzungs-, Änderungs- bzw. Aktualisierungsbedarf gezeigt hatte; aus Sicht des RH war daher eine umfassende Überarbeitung aller vorliegenden Schnittstellenvereinbarungen im Sinne seiner Empfehlungen erforderlich.

(2) Gegenüber der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH wies der RH darauf hin, dass seiner Ansicht nach umfassende und transparente Regelungen der Zusammenarbeit mit den anderen Fachbereichen für effiziente und patientensichere Abläufe unabdingbar waren. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass eine der Kernaufgaben von Erstversorgungseinheiten die Weiterleitung der Patienten zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur war.

QualitätssicherungErgebnisqualitäts-
messung

Bundes- und Landes-Zielsteuerungsvertrag

38.1 (1) Ergebnisqualität beschäftigte sich mit der Frage, wie gut das erzielte im Vergleich zum erzielbaren Behandlungsergebnis war. Für den ambulanten Bereich¹¹⁴ existierte zur Zeit der Gebarungüberprüfung eine solche bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung nicht.¹¹⁵ Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag und im Oberösterreichischen Landes-Zielsteuerungsvertrag war – in beiden Verträgen gleichlautend – jedoch das operative Ziel¹¹⁶ „Abgestimmte Ergebnisqualitätsmessung in allen Sektoren und sektorenübergreifend aufbauen bzw. weiterentwickeln und durchführen“ festgelegt. Vereinbart waren die Entwicklung einer solchen Qualitätsmessung bis Ende 2014 sowie eine Pilotierung auf Landesebene ab 2015.

(2) Laut BMGF sollen das von der Bundes-Zielsteuerungskommission Ende Juni 2015 angenommene Erstkonzept bis Ende 2015 weiterentwickelt und 2016 ein Pilot umgesetzt werden. Zuerst werde die Methode für den niedergelassenen Bereich angewandt; in der Folge solle ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess im gesamten ambulanten Bereich angestoßen werden.

38.2 Der RH hielt kritisch fest, dass für den (spitals)ambulanten Bereich noch keine bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung bestand. Er anerkannte, dass eine solche – wenn auch später, als in den Zielsteuerungsverträgen vorgesehen, und zuerst nur für den niedergelassenen Bereich – in Entwicklung war.

Der RH empfahl dem BMGF, die diesbezüglichen Arbeiten raschestmöglich auch für den spitalsambulanten Bereich voranzutreiben, weil auch hier Ergebnisqualitätsmessung für die Patientenbehandlungssicherheit besonders bedeutsam war.

¹¹⁴ Laut Gesundheitsreformgesetz 2013 umfasst der „ambulante Bereich“ sowohl den spitalsambulanten als auch den niedergelassenen Bereich.

¹¹⁵ Für den stationären Bereich wurde zur Ergebnisqualität im Zuge der Gesundheitsreform 2013 das für den stationären Bereich entwickelte Indikatorenmodell zur Ergebnisqualitätsmessung (Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI) auch gesetzlich verankert. Es war seit 2014 für alle Krankenanstalten bundesweit verbindlich im Echtbetrieb. Siehe dazu die Berichte des RH zur Qualitätssicherung in Krankenanstalten, zuletzt Reihe Bund 2014/7 und Reihe Burgenland 2014/4.

¹¹⁶ zum strategischen Ziel „Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen“

Qualitätssicherung

38.3 *Laut Stellungnahme des BMGF habe es ein Konzept zur Ergebnisqualitätsmessung zum ambulanten-niedergelassenen Bereich erstellt; die Bundes-Zielsteuerungskommission habe eine Rohfassung bereits im Juni 2015 zur Kenntnis genommen. Es sei geplant, das Endkonzept der Bundes-Zielsteuerungskommission im April 2016 zur Beschlussfassung vorzulegen.*

38.4 Der RH wies gegenüber dem BMGF erneut auf die Bedeutung von Ergebnisqualitätsmessung im spitalsambulanten Bereich und die diesbezüglichen Vereinbarungen in den Zielsteuerungsverträgen hin. Er wiederholte seine Empfehlung, auch die diesbezüglichen Arbeiten raschestmöglich voranzutreiben.

Ergebnisqualitätsmessung in den überprüften Erstaufnahmeeinheiten

39.1 (1) Der ÖSG sah für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) auch explizit eine Qualitätssicherung durch Ergebnisqualitätsmessung vor, ohne dies näher zu erläutern. Gemäß KAKuG bzw. Oö KAG hatte die Kollegiale Führung die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

(2) Zu der im ÖSG normierten Ergebnisqualitätsmessung nannten die überprüften Krankenanstalten als Indikatoren vor allem Patientenbeschwerdefälle.

Im KH Vöcklabruck gab es im Zeitraum 2011 bis 2014 in der Erstaufnahmeeinheit zwischen elf (2012) und 17 (2013), im KH Wels zwischen drei (2011) und 22 (2012 und 2014) sowie im KH BHS Ried seit Bestehen der Erstaufnahmeeinheit (Mitte 2013) insgesamt sechs Beschwerdefälle. Die Beschwerden betrafen sowohl medizinische, organisatorische als auch atmosphärische Angelegenheiten.

Jede Beschwerde wurde vom Beschwerdemanagement gemeinsam mit der Erstaufnahmeeinheit (im KH Vöcklabruck und im KH BHS Ried auch mit der Kollegialen Führung) sowie dem Beschwerdeführer abgeklärt; gegebenenfalls wurden entsprechende Maßnahmen abgeleitet.

39.2 Der RH hielt kritisch fest, dass der ÖSG für Erstaufnahmeeinheiten eine Ergebnisqualitätsmessung ausdrücklich normierte, ohne jedoch die Instrumente bzw. Parameter dafür näher zu definieren.

Der RH empfahl dem BMGF, klarzustellen, durch welche Maßnahmen die ÖSG-Vorgabe Ergebnisqualitätsmessung in Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) bis zur Einführung einer bundesweiten Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich (TZ 38) zu erfüllen war. Die Patientenbeschwerdefälle als zentrale Parameter für die Ergebnisqualitätsmessung in Erstaufnahmeeinheiten erachtete der RH als nicht ausreichend.

39.3 (1) *Laut Stellungnahme des BMGF weise der ÖSG teilweise auf Instrumente zur Ergebnisqualitätssicherung auf nationaler oder internationaler Ebene hin. Vorgaben zur Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich seien nicht Gegenstand des ÖSG.*

(2) Eine Ergebnisqualitätsmessung könne sich – so die Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH in ihrer Stellungnahme – auf die Teilnahme an internen und externen Benchmarks sowie übergreifenden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen beziehen.

39.4 Der RH verwies gegenüber dem BMGF darauf, dass seine Empfehlung darauf gerichtet war, die ÖSG-Vorgabe Ergebnisqualitätsmessung für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) klarzustellen. Dies insbesondere im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit und vor dem Hintergrund, dass die Einführung einer bundesweit einheitlichen Ergebnisqualitätsmessung für den spitalsambulanten Bereich – entgegen den (zeitlichen) Vorgaben im Bundes-Zielsteuerungsvertrag – derzeit noch nicht absehbar ist (TZ 38).

Weiters brachte der RH dem BMGF die Auffassung der Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH betreffend (Ergebnis-)Qualitätsmessung in Erstversorgungseinheiten zur Kenntnis.

Hygienemanagement

40.1 (1) In seinen Berichten zum Thema Qualitätssicherung in Krankenanstalten¹¹⁷ hatte sich der RH u.a. mit der personellen Ausstattung der

¹¹⁷ Reihe Bund 2012/12 und Reihe Salzburg 2012/9 sowie Reihe Bund 2014/13 und Reihe Salzburg 2014/5, Reihe Bund 2013/3 und Reihe Salzburg 2013/1, Reihe Bund 2013/12 und Reihe Vorarlberg 2013/8 sowie Reihe Bund 2014/7 und Reihe Burgenland 2014/4; Zusammenfassung in Reihe Bund 2014/16

Qualitätssicherung

aufgrund krankenanstaltenrechtlicher Vorgaben¹¹⁸ einzurichtenden Hygieneteams beschäftigt. Als Maßstab für eine adäquate Personalausstattung des Hygieneteams hatte er die Empfehlungen im Dokument des BMGF PROHYG 2.0 „Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ herangezogen; das BMGF plante, auf Grundlage des Dokuments PROHYG 2.0 den Qualitätsstandard¹¹⁹ Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene – unter Beibehaltung der bisherigen Empfehlungen für die Personalausstattung – zu erlassen.

(2) Die Personalausstattung der Hygieneteams in den überprüften Schwerpunktkrankenanstalten stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 25: Personalausstattung der Hygieneteams in den KH Vöcklabruck, Wels und BHS Ried

	Hygienebeauftragter		Hygienefachkraft	
	in VZÄ			
	Empfehlung	Ist-Stand	Empfehlung	Ist-Stand
KH Vöcklabruck				
(538 Betten)	1 pro 400 Betten = 1,35 bei 538 Betten	keine fixen VZÄ	1 pro 200 Betten = 2,69 bei 538 Betten	1,50
KH Wels				
(1.227 Betten) ¹	1 pro 400 Betten = 3,07 bei 1.227 Betten	3,0	1 pro 200 Betten = 6,14 bei 1.227 Betten	4,95
KH BHS Ried				
(425 Betten)	1 pro 400 Betten = 1,06 bei 425 Betten	0,80	1 pro 200 Betten = 2,13 bei 425 Betten	1,75

¹ einschließlich Standort Grieskirchen

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

(a) Im KH Vöcklabruck waren für die Hygienebeauftragten¹²⁰ keine fixen Stundenkontingente vorgesehen; im Schnitt betrug der Zeitaufwand insgesamt zehn bis 15 Stunden pro Woche. Zusätzlich unter-

¹¹⁸ Gemäß den krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben (§ 8a KAKuG) musste jede Krankenanstalt einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder einen sonst fachlich geeigneten, zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene bestellen. Zu deren Unterstützung war darüber hinaus mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen, die ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, hauptberuflich ausüben hatte.

¹¹⁹ Bundesqualitätsstandards beschreiben (nach der Definition des BMGF) die organisatorischen Rahmenbedingungen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten über alle Sektoren hinweg und bieten Lösungen für die Probleme an den Nahtstellen an.

¹²⁰ ein Hygienebeauftragter, seine Stellvertreterin und zwei weitere Ärzte mit entsprechender Ausbildung

stützte das Hygienezentrum der gespag das Hygieneteam im KH Vöcklabruck im Ausmaß von 0,035 Stellen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie sowie 0,03 Stellen Hygienefachkraft.

Umgerechnet in VZÄ ergab sich für den Hygienebeauftragten einschließlich der Unterstützung durch das Hygienezentrum ein Wert zwischen 0,285 VZÄ und 0,41 VZÄ; dadurch war die Empfehlung in der PROHYG 2.0 nur zu 20 % bzw. 30 % erfüllt. Bei den Hygienefachkräften erfüllte das KH Vöcklabruck diese Empfehlungen zu rd. 57 %.

(b) Das KH Wels und das KH BHS Ried erfüllten die Empfehlungen der PROHYG 2.0 zwar nicht vollständig, aber in einem Ausmaß zwischen 75 % (KH BHS Ried) und fast 100 % (KH Wels)¹²¹ bei den Hygienebeauftragten und zu rd. 80 % bei den Hygienefachkräften.

(c) In allen überprüften Krankenanstalten waren für die Hygieneteams Stellvertreterregelungen vorgesehen.

- 40.2 Der RH wies darauf hin, dass die Personalausstattung der Hygieneteams in keiner der überprüften Krankenanstalten den im Dokument PROHYG 2.0 enthaltenen Empfehlungen des BMGF vollständig entsprach. Er hielt kritisch fest, dass das KH Vöcklabruck für die Hygienebeauftragten die Empfehlung in der PROHYG 2.0 nur zu 20 % bzw. 30 % erfüllte; demgegenüber erfüllten die anderen beiden Krankenanstalten die Empfehlungen in einem deutlich höheren Ausmaß (KH Wels: nahezu 100 %, KH BHS Ried: zu 75 %). Bei den Hygienefachkräften wies der RH darauf hin, dass hier der Erfüllungsgrad 57 % (KH Vöcklabruck) bzw. rd. 80 % (KH Wels und KH BHS Ried) betrug.

Der RH empfahl den überprüften Krankenanstalten, die Personalausstattung ihrer Hygieneteams in Orientierung an dem Dokument PROHYG 2.0 zu ergänzen; dies auch vor dem Hintergrund, dass auf Grundlage des Dokuments PROHYG 2.0 ein Qualitätsstandard erlassen werden soll.

Gegenüber dem KH Vöcklabruck wies der RH nachdrücklich darauf hin, dass er in seinen Qualitätssicherungsberichten¹²² dringenden Handlungsbedarf bei den Hygieneteams insbesondere dann gesehen hatte, wenn die Empfehlungen des BMGF nicht einmal zu 50 % verwirklicht waren. In diesem Zusammenhang hatte er auch auf den erheblichen Kostenfaktor einer nosokomialen Infektion hingewiesen.

¹²¹ Das KH Wels hatte ein Institut für Hygiene und Mikrobiologie.

¹²² siehe zuletzt Bericht des RH „Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten“, Reihe Bund 2014/7, TZ 13

Qualitätssicherung

40.3 (1) Die *gespag* teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass im Wege einer Sanitären Einschau zwischenzeitlich Vorgaben zur Ausstattung des Hygieneteams gemacht worden seien, die in Richtung Erfüllung des Standards von PROHYG 2.0 gingen. Die *gespag* werde diese, nunmehr für sie verbindlichen, Vorgaben umsetzen.

(2) Laut Stellungnahme der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. stehe dieser Punkt in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit der Prüfung von Erstversorgungseinheiten in ausgewählten Krankenanstalten Oberösterreichs.

40.4 (1) Der RH wies gegenüber der *gespag* darauf hin, dass er es – auch aufgrund der erheblichen Kostenfolgen einer nosokomialen Infektion – für zweckmäßig hielt, sich bei der Personalausstattung der Hygieneteams an der PROHYG 2.0 zu orientieren, weil die darin enthaltenen Zahlen zur Personalausstattung auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien basieren.

(2) Für den RH war die Auffassung der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. nicht nachvollziehbar, weil Angelegenheiten der Hygiene bzw. die ausreichende Personalausstattung der Hygieneteams für alle Bereiche einer Krankenanstalt, also auch für die Erstaufnahme mit ihrem ungeplanten, heterogenen und kaum steuerbaren Patientenaufkommen, von großer Bedeutung waren.

Fehlermeldesysteme

41.1 (1) In seinen Qualitätssicherungsberichten (siehe TZ 40) hatte sich der RH auch mit Fehlermeldesystemen (sogenannte Critical Incident Reporting Systems – CIRS) befasst; dabei handelte es sich um Erfassungssysteme für Fehler, „Beinaheschäden“ und Schäden, die auf Analyse der Fehlererkennung und Vermeidung zukünftiger Fehler ausgerichtet sind.¹²³

(2) (a) Das KH Vöcklabruck führte ein CIRS mit Juni 2013 ein. 2013 erfolgten 13 und 2014 20 Meldungen betreffend die Erstaufnahmeeinheit.

(b) Im KH Wels gab es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung kein krankenhausweites standardisiertes internes Fehlermeldesystem.

¹²³ Solche Systeme basieren auf freiwilligen Meldungen. Krankenhausmitarbeiter können anonym kritische Ereignisse an eine zentrale Stelle (zumeist an den Abteilungsvorstand) melden, an der diese Meldungen ausgewertet sowie eventuell Verbesserungsvorschläge erstellt und diese veröffentlicht werden. Solche Meldungen sind unabhängig von etwaigen Straf- oder Zivilverfahren und haben ausschließlich das Ziel, die Fehlerkultur zu verbessern.

(c) Das KH BHS Ried führte ein CIRS im Jahr 2008 ein. Seit Inbetriebnahme der Erstaufnahmeeinheit bzw. der Aufnahmestation Mitte 2013 erfolgten sieben diese betreffende CIRS-Meldungen.

- 41.2 Der RH kritisierte, dass es im KH Wels kein krankenhausweites Fehlermeldesystem gab; er anerkannte die Implementierung von CIRS im KH Vöcklabruck und im KH BHS Ried. Der RH empfahl dem KH Wels die raschestmögliche Einführung eines standardisierten internen Fehlermeldesystems für die gesamte Krankenanstalt, also auch für die Erstaufnahmeeinheiten bzw. Aufnahmestationen; auch Notaufnahmen bergen – als zentrale Schnittstellen in Krankenanstalten – ein hohes Maß an Behandlungsrisiko, weil oft ein großes Patientenaufkommen in kurzer Zeit gesichtet und behandelt werden muss.

In diesem Zusammenhang wies der RH – wie auch schon in seinen Qualitätssicherungsberichten – auf die Bedeutung von Fehlermeldesystemen zur Verbesserung der Patientensicherheit hin und unterstrich generell die Voraussetzungen der Freiwilligkeit, Sanktionsfreiheit und Anonymität. Er empfahl allen überprüften Krankenanstalten, unter den Mitarbeitern durch gezielte Maßnahmen (z.B. Informationsveranstaltungen) regelmäßig Bewusstsein für die Bedeutung von Fehlermeldungen zur Verbesserung der Patientenbehandlungssicherheit zu schaffen.

- 41.3 (1) *Die gespag teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass im KH Vöcklabruck derartige Informationsveranstaltungen regelmäßig abgehalten würden.*

(2) Laut Stellungnahme der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH sei ein standardisiertes internes Fehlermeldesystem (CIRS) bereits seit längerem geplant; für die Bereiche Anästhesiologie und Intensivmedizin II und Erstversorgungseinheit (AVA) sei damit Ende 2015 begonnen worden; es werde Ende Jänner/Anfang Februar 2016 hausweit zur Verfügung stehen.

Patientenbefragungen

- 42.1 (1) Das KH BHS Ried führte im Jahr 2014 eine Befragung der ambulanten Patienten in ihrer Erstaufnahmeeinheit durch; dabei verteilte es 66 Fragebögen (Rücklaufquote 33,17 %).¹²⁴ Der Fragebogen enthielt kaum Fragen zur Behandlungsqualität.

¹²⁴ Die Beurteilung durch die Patienten erfolgte überwiegend mit „Sehr gut“ bis „Gut“.

Qualitätssicherung

Das KH Vöcklabruck und das KH Wels führten bis zum Ende der Gebärungsüberprüfung keine ambulanten Patientenbefragungen durch.

(2) Patientenbefragungen waren eine wichtige Grundlage für das krankenanstalteninterne Qualitätsmanagement bzw. für die Evaluation sowie Steuerung von qualitätsrelevanten Prozessen.¹²⁵

- 42.2** Der RH bemängelte, dass bisher nur das KH BHS Ried eine ambulante Patientenbefragung durchführte, nicht jedoch das KH Vöcklabruck und das KH Wels. Er wies im KH BHS Ried allerdings kritisch darauf hin, dass nur wenige Fragebögen verteilt wurden und diese kaum behandlungsrelevante Fragen enthielten.

Der RH empfahl den überprüften Krankenanstalten, regelmäßig Befragungen der Patienten der Erstaufnahmeeinheiten durchzuführen, weil Patientenbefragungen einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung darstellten. Dabei sollten wesentliche Faktoren beachtet werden, z.B. ausgewählte Patientengruppen, Befragungszeiträume, gezielte Fragestellungen zur Behandlungsqualität¹²⁶, entsprechende Erläuterungen durch das Personal.

- 42.3** (1) *Laut Stellungnahme der gespag überprüfe sie, ob zukünftig auch eine angemessene Befragung ambulanter Patienten in einer Form durchgeführt werden könne, in der Aufwand und zu erwartender Nutzen in einem vernünftigen Verhältnis zueinander stünden.*

(2) *Laut Stellungnahme der Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH sei für die ambulanten Bereiche derzeit keine (Dauer-)Patientenbefragung vorgesehen. Eventuell sei eine zeitlich begrenzte Befragung (z.B. vier Wochen) etwa alle zwei Jahre sinnvoll.*

¹²⁵ Nübling/Körner/Steffanowski/Rundel/Kohl/Löschmann/Schmidt, Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2007/12, S. 44 bis 50; Berichte des RH Reihe Bund 2013/12 und Reihe Vorarlberg 2013/8 sowie Reihe Bund 2014/7 und Reihe Burgenland 2014/4

¹²⁶ Studie der TU Berlin: Berlin & seine Notaufnahmen (15. Oktober 2009 – 15. Februar 2010) http://www.meine-notaufnahme.de/docs/Fragebogen_Patient.pdf (zuletzt abgerufen am 16. November 2015)

Schlussempfehlungen

43 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

**BMGF und Land
Oberösterreich**

(1) Die Validitätsprüfungen der gemeldeten Leistungen nach dem Katalog ambulanter Leistungen (KAL) wären zu forcieren und die Krankenanstalten zu einheitlichen Datenmeldungen anzuhalten. (TZ 33)

BMGF

(2) Es wäre eine einheitliche Definition für „ungeplante“ stationäre Aufnahmen festzulegen. (TZ 8)

(3) Folgende Regelungen und Klarstellungen wären zu treffen bzw. vorzunehmen:

(a) Klarstellung, ob die basale Unfallversorgung im Rahmen von Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) vorzunehmen ist oder bloß vorgenommen werden kann; (TZ 9)

(b) eindeutige Regelungen betreffend die Aus-, Fort- und Weiterbildung der in Erstaufnahmeeinheiten tätigen Ärzte; bis zur Erlassung solcher Vorgaben wären die ärztlichen Qualifikationserfordernisse laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit (ÖSG) dringend klarzustellen; (TZ 17)

(c) eindeutige Regelungen betreffend die Aus-, Fort- und Weiterbildung des in Erstaufnahmeeinheiten tätigen Pflegepersonals; (TZ 18)

(d) genauere Definition bzw. Klarstellung der Vorgaben des ÖSG zur Qualitätssicherung durch Behandlungspfade und Checklisten in Erstaufnahmeeinheiten sowie Sicherstellung eines einheitlichen Vorgehens bzw. Qualitätsniveaus; (TZ 26)

(e) Klarstellung, durch welche Maßnahmen die ÖSG-Vorgabe Ergebnisqualitätsmessung in Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) bis zur Einführung einer bundesweiten Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich zu erfüllen ist. (TZ 39)

Schlussempfehlungen

(4) Es wären (Mindest)Vorgaben für jene Erstversorgungen in Krankenanstalten festzulegen, die weder Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) noch Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) waren. (TZ 3)

(5) Die einheitliche Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich wäre konsequent und raschestmöglich umzusetzen. (TZ 15)

(6) Ein sektorenübergreifendes Finanzierungsmodell für den gesamten ambulanten Bereich wäre zu entwickeln. (TZ 32)

(7) Im Hinblick auf die besondere Bedeutung von Ergebnisqualitätsmessungen für die Patientenbehandlungssicherheit wären die diesbezüglichen Arbeiten raschestmöglich auch für den spitalsambulanten Bereich voranzutreiben. (TZ 38)

Land Oberösterreich

(8) In den nächsten Landes-Zielsteuerungsvertrag wären dem Gesundheits-Zielsteuergesetz entsprechend Festlegungen betreffend Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) aufzunehmen. (TZ 4)

(9) Der in Aussicht genommene Regionale Strukturplan Gesundheit für Oberösterreich (RSG Oö.) wäre ehestmöglich zu erlassen, die integrierten Planungen wären voranzutreiben. (TZ 5)

(10) Es wären entsprechende Planungen für die Erstversorgung in Krankenanstalten vorzunehmen, dies gemeinsam mit den oberösterreichischen Krankenanstaltenträgern unter Beachtung der im Interesse höchstmöglicher Patientenbehandlungssicherheit notwendigen Parameter (z.B. Fallzahlen, Einzugsgebiet, Versorgungsstufe bzw. Leistungsspektrum der Krankenanstalten, Sicherstellung von (Sekundär)-Transporten etc.) und insbesondere in Abstimmung mit dem niedergelassenen Bereich. (TZ 6)

(11) Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) wären im geplanten Regionalen Strukturplan Gesundheit für Oberösterreich (RSG Oö.) auszuweisen. (TZ 6)

(12) Im Interesse der Patientensicherheit wären für die räumliche Ausgestaltung von Erstaufnahmeeinheiten entsprechende Regelungen (z.B. Größe der Räumlichkeiten in Relation zu den Patientenfrequenzen, (Spezial)Ausstattungen etc.) zu treffen. (TZ 11)

(13) Die Entwicklungen im ambulanten Bereich der Krankenanstalten wären bei der in Aussicht genommenen integrierten Planung mitzubedenken. (TZ 8)

(14) Die Daten betreffend Einweisungsarten wären bei den künftigen Planungen für den spitalsambulanten bzw. niedergelassenen Bereich mitzubedenken, um bspw. Parallelstrukturen zu vermeiden und den best point of service sicherzustellen. (TZ 14)

(15) Daten über die Behandlungsdringlichkeit von ungeplanten Patienten wären auch bei anderen oberösterreichischen Krankenanstalten zu erheben und bei den vorgesehenen integrierten Planungen für den stationären und ambulanten Bereich mitzubedenken. (TZ 23)

Land Oberösterreich, Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG, Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H.

(16) Das Land Oberösterreich sollte gemeinsam mit den überprüften Krankenanstaltenträgern die zweckmäßigste und patientensicherste (Betriebs)Form für die Erstversorgung festlegen und für eine ÖSG-konforme Umsetzung sorgen. (TZ 10)

KH Vöcklabruck (Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG), KH Wels (Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH), KH BHS Ried (Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H.)

(17) Die Personalausstattung der Erstaufnahmeeinheiten wäre regelmäßig zu evaluieren bzw. anzupassen. (TZ 16)

(18) Entsprechend den Klarstellungen des BMGF bzw. eindeutiger Regelungen im ÖSG wären Aus- bzw. Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen für die Ärzte der Erstaufnahmeeinheiten zu veranlassen; die Notarztausbildung (bzw. ein gültiges Notarzt Diplom) aller dort tätigen Ärzte wäre sicherzustellen bzw. regelmäßig zu überprüfen. (TZ 17)

(19) Das in der Erstaufnahmeeinheit tätige Pflegepersonal wäre entsprechend den vom BMGF getroffenen Festlegungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung dieses Pflegepersonals zu schulen. (TZ 18)

Schlussempfehlungen

(20) Im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit wäre das Patientenaufkommen je Arzt in der Erstaufnahmeeinheit im Tages-/Nachtverlauf zu evaluieren bzw. bei der Personaleinsatzplanung verstärkt zu berücksichtigen. (TZ 20)

(21) Die Aufnahme von Prozessen in speziellen Notfallsituationen (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt etc.) in die Prozessdarstellungen wäre zu prüfen. (TZ 21)

(22) Die Prozesse in den Erstaufnahmeeinheiten bzw. Aufnahme-Stationen wären regelmäßig zu evaluieren bzw. entsprechend anzupassen. (TZ 21)

(23) Es wären differenzierte Auswertungen über die Inanspruchnahme von Konsilen (Anzahl, Ausmaß etc.) in der Erstaufnahmeeinheit zu ermöglichen. (TZ 24)

(24) Die Leistungsspektren der Erstaufnahmeeinheiten wären klar zu definieren bzw. in den entsprechenden Grundsatzdokumenten in Abstimmung mit den Fachabteilungen transparent festzulegen, um die Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben sicherzustellen. (TZ 25)

(25) Hinsichtlich der im ÖSG allgemein formulierten Qualitätssicherung durch Behandlungspfade und Checklisten wäre entsprechend einer Definition bzw. Klarstellung des BMGF vorzugehen. (TZ 26)

(26) Die in den Erstaufnahmeeinheiten verwendeten Zeitmarken wären korrekt und lückenlos zu erheben sowie regelmäßig auszuwerten. (TZ 29)

(27) Die Auswertungen der Zeitmarken wären in das Berichtswesen einzugliedern und insbesondere auch die Kollegiale Führung der Krankenanstalt regelmäßig zu informieren. (TZ 27)

(28) Die Zeitmarke „Verlassen der Erstaufnahmeeinheit“ wäre so zu erheben und regelmäßig auszuwerten, dass die Ergebnisse zur Qualitätssicherung und Prozessoptimierung beitragen. (TZ 30)

(29) Daten betreffend die abschließende Behandlung in der Erstaufnahmeeinheit bzw. den weiteren Patientenweg der nicht stationär aufgenommenen Patienten in der Krankenanstalt wären standardmäßig und differenziert zu erheben bzw. auszuwerten. (TZ 34)

(30) Die Zusammenarbeit mit der Rettung/den Notärzten wäre umfassend und eindeutig zu regeln und schriftlich mit diesen zu vereinbaren; die Festlegungen wären allen Mitwirkenden zu kommunizieren und transparent zu machen. (TZ 36)

(31) Gemeinsam mit sämtlichen Abteilungen/Bereichen bzw. Instituten der Krankenanstalt wären bestehende Schnittstellenvereinbarungen zu überarbeiten bzw. fehlende Schnittstellenvereinbarungen abzuschließen. Dabei wären alle für die Zusammenarbeit mit den Fachbereichen relevanten Inhalte (Zuständigkeiten, Prozesse, Konsiliarbeziehungen, Leistungen etc.) abzudecken sowie Transparenz bzw. Verfügbarkeit und Aktualität sicherzustellen. (TZ 37)

(32) Die Personalausstattung der Hygieneteams wäre in Orientierung an dem Dokument PROHYG 2.0 zu ergänzen. (TZ 40)

(33) Unter den Mitarbeitern wäre durch gezielte Maßnahmen (z.B. Informationsveranstaltungen) regelmäßig Bewusstsein für die Bedeutung von Fehlermeldungen zur Verbesserung der Patientenbehandlungssicherheit zu schaffen. (TZ 41)

(34) Es wären regelmäßig Befragungen der Patienten der Erstaufnahmeeinheiten durchzuführen. Dabei sollten wesentliche Faktoren beachtet werden, z.B. ausgewählte Patientengruppen, Befragungszeiträume, gezielte Fragestellungen zur Behandlungsqualität, entsprechende Erläuterungen durch das Personal. (TZ 42)

**KH Vöcklabruck
(Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG),
KH Wels (Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH)**

(35) Eine elektronische Zurverfügungstellung der Frageschemata nach dem Manchester Triage System (MTS) für die Mitarbeiter wäre zu prüfen. (TZ 22)

(36) Neuerliche MTS-Einschätzungen wären vorgabengemäß durchzuführen. (TZ 28)

Schlussempfehlungen

**KH Vöcklabruck
(Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG),
KH BHS Ried
(Krankenhaus
der Barmherzigen
Schwestern Ried
Betriebsgesellschaft
m.b.H.)**

(37) Die Dokumentationsprozesse bzw. -vorgaben wären im Hinblick auf die Vermeidung von nicht zweckmäßigen und fehleranfälligen Medienbrüchen zu überarbeiten sowie übersichtlich zu regeln. (TZ 24)

(38) Die KAL-Meldepraxis wäre kontinuierlich zu verbessern und eine interne Qualitätssicherung vorzunehmen; Ziel sollte letztlich eine Originärdokumentation sein. (TZ 33)

**KH Wels (Klinikum
Wels-Grieskirchen
GmbH), KH BHS
Ried (Krankenhaus
der Barmherzigen
Schwestern Ried
Betriebsgesellschaft
m.b.H.)**

(39) Die Kommunikation mit dem Rettungsdienst wäre zu institutionalisieren. (TZ 36)

**KH Vöcklabruck
(Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG)**

(40) Die Entwicklungen im ambulanten Bereich in den letzten Jahren wären im Detail zu analysieren, um die Ursachen für den deutlich überdurchschnittlichen Anstieg der ambulanten Frequenzen zu identifizieren und gegebenenfalls geeignete Maßnahmen setzen zu können. (TZ 8)

(41) Die in der Erstaufnahmeeinheit zu versorgenden Patientengruppen wären schriftlich klar und umfassend festzulegen. (TZ 12)

(42) Die Ausbildung der Pflegekräfte zur Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit wäre zu forcieren. (TZ 18)

(43) Es wäre für eine dem ÖSG entsprechende qualifizierte ärztliche Personalausstattung der Erstaufnahmeeinheit zu sorgen. (TZ 19)

(44) Der derzeitige Ablauf bei der Ersteinschätzung und Patientenreihung wäre zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und Medienbrüchen generell zu überarbeiten. (TZ 22)

(45) Eine elektronische Erfassung der Zeitmarken wäre einzuführen. (TZ 27)

**KH Wels (Klinikum
Wels–Grieskirchen
GmbH)**

(46) Es wäre eine einheitliche, klare und übersichtliche Definition der in der Erstaufnahmeeinheit zu versorgenden Patienten zu erarbeiten und den Mitarbeitern zugänglich zu machen. (TZ 12)

(47) Es wäre eine einheitliche und umfassende Prozessbeschreibung oder –darstellung mit definierten Zuständigkeiten auszuarbeiten sowie diese den Mitarbeitern zugänglich zu machen. (TZ 21)

(48) Es wäre verstärkt auf die Vollständigkeit und Plausibilität der erfassten Daten betreffend Zeitmarken zu achten. (TZ 27)

(49) Es wären raschestmöglich vollständige KAL–Meldungen sowie eine entsprechende interne Qualitätssicherung durchzuführen. (TZ 33)

(50) Ein standardisiertes internes Fehlermeldesystem für die gesamte Krankenanstalt, also auch für die Erstaufnahmeeinheiten bzw. Aufnahmestationen, wäre raschestmöglich einzuführen. (TZ 41)

**KH BHS Ried
(Krankenhaus
der Barmherzigen
Schwestern Ried
Betriebsgesellschaft
m.b.H.)**

(51) Die im Rahmen der Evaluierung der Erstaufnahmeeinheit selbst identifizierten erforderlichen Verbesserungen der räumlichen Ausgestaltung wären nach Möglichkeit vorzunehmen. (TZ 11)

(52) Daten betreffend Patienten in der Erstaufnahmeeinheit mit oder ohne Überweisung wären zeitlich differenziert auszuwerten und Daten über die Einweisungsart wären zu erfassen, um insbesondere auch wichtige Steuerungsinformationen zur Abstimmung mit dem niedergelassenen Bereich zu gewinnen. (TZ 14)

(53) Über das Ausmaß der tatsächlichen Inanspruchnahme der Erstaufnahme–Ärzte während der verlängerten Dienste wären Aufzeichnungen zu führen und die Einhaltung des Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetzes sicherzustellen. (TZ 20)

(54) Die Prozesslandkarte wäre zu vervollständigen und darin alle zu behandelnden, genau definierten Patientengruppen klar abzubilden. (TZ 21)

(55) Im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit wären das in der „Hitliste“ des KH BHS Ried festgelegte Leistungsspektrum bzw. die in der Erstaufnahmeeinheit tatsächlich erbrachten Leistungen zu evaluieren. (TZ 25)

Schlussempfehlungen

(56) Die Auswertbarkeit der Zeitmarken wäre sicherzustellen. (TZ 27)

(57) Die Aufenthaltszeiten auf der Aufnahmestation wären regelmäßig auszuwerten und entsprechende weiterführende Maßnahmen zur Einhaltung der internen Vorgaben sowie des ÖSG zu setzen. (TZ 35)

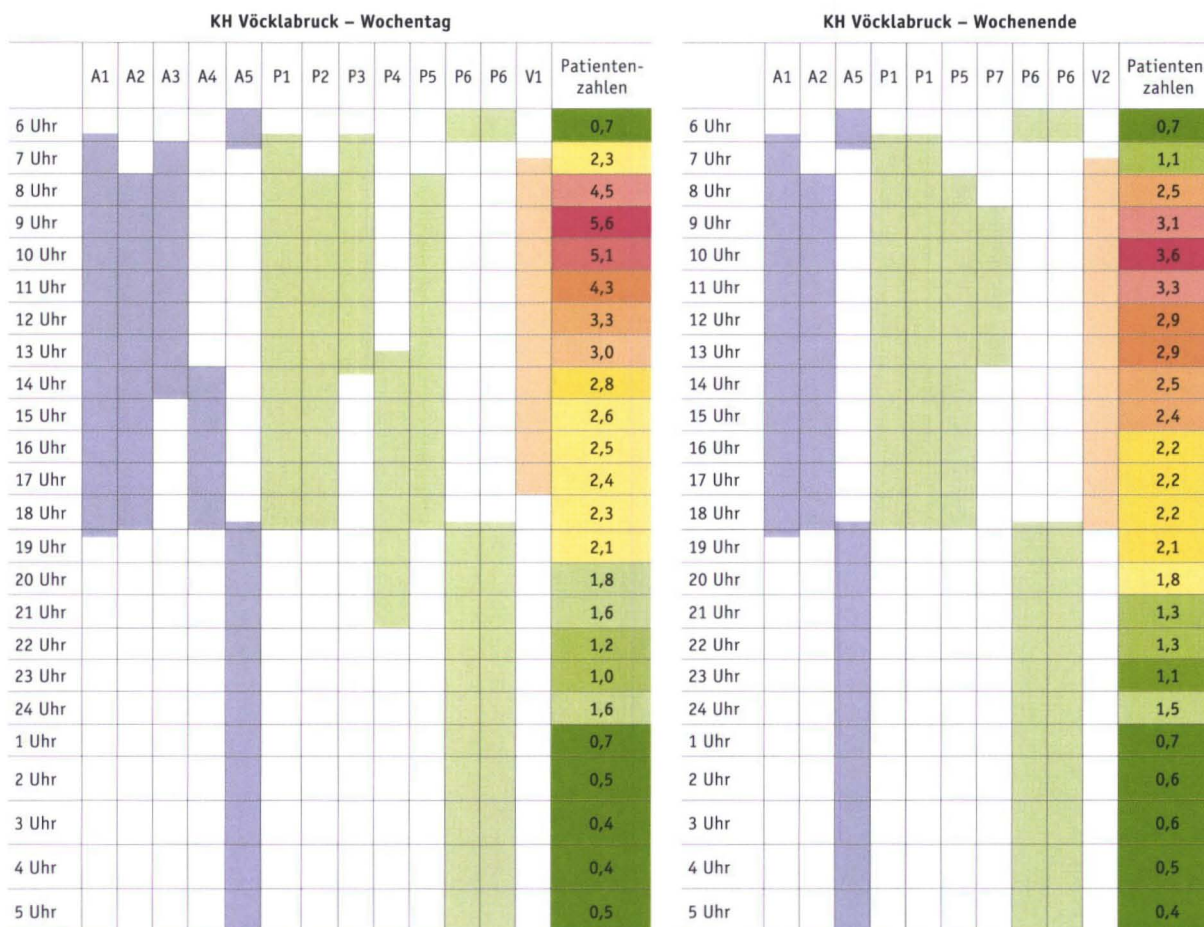
(58) Die weiteren im Rahmen der Evaluierung bzw. Re-Evaluierung der Erstaufnahmeeinheit identifizierten Problemfelder wären durch geeignete Maßnahmen (z.B. zweckmäßige Regelung der Weiterverlegung) zu lösen. (TZ 35)

ANHANG

- Anhang 1: Personalbesetzung und Patientenaufkommen im KH Vöcklabruck**
- Anhang 2: Personalbesetzung und Patientenaufkommen im KH Wels**
- Anhang 3: Personalbesetzung und Patientenaufkommen im KH BHS Ried**
- Anhang 4: Liste der Entscheidungsträger**

ANHANG 1

Anhang 1: Personalbesetzung und Patientenaufkommen im KH Vöcklabruck¹



Legende: ■ Ärzte ■ Pflege ■ Verwaltung

A1: 6:45 bis 19:15 Uhr P1: 6:45 bis 19:00 Uhr
 A2: 8:00 bis 19:00 Uhr P2: 8:00 bis 19:00 Uhr
 A3: 7:00 bis 15:00 Uhr P3: 6:45 bis 14:15 Uhr
 A4: 14:00 bis 19:00 Uhr P4: 13:30 bis 22:00 Uhr
 A5: 18:45 bis 7:15 Uhr P5: 8:00 bis 19:00 Uhr
 V1: 7:30 bis 18:00 Uhr P6: 18:45 bis 7:00 Uhr
 V2: 7:30 bis 19:00 Uhr P7: 9:00 bis 14:00 Uhr

¹ Patientenaufkommen im Durchschnitt je Stunde im Jahr 2014, geteilt nach Wochentagen sowie Wochenenden und Feiertagen. Die abends bzw. nachts und am Wochenende von Ärzten des HNO-Urologie-Augenheilkunde-Dienststrades ebenfalls in der Erstaufnahmeeinheit versorgten HNO- und Augenpatienten zog der RH in die Berechnung mit ein.

Pflegekräfte, die den externen Dienst („Spritzendienst“) versahen, wurden ausgenommen.

Quellen: KH Vöcklabruck; RH



ANHANG 2

Anhang 2: Personalbesetzung und Patientenaufkommen im KH Wels¹

KH Wels – Wochentag														KH Wels – Wochenende																		
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P8	V1	V2	Patienten-		A1	A7	A8	A6	P2	P2	P9	P1	P7	P8	P8	V2	Patienten-
															zahlen																zahlen	
6 Uhr																		1,3	6 Uhr												1,0	
7 Uhr																		4,5	7 Uhr												2,4	
8 Uhr																		9,2	8 Uhr												4,7	
9 Uhr																		10,1	9 Uhr												6,4	
10 Uhr																		9,6	10 Uhr												7,5	
11 Uhr																		7,9	11 Uhr												6,9	
12 Uhr																		6,4	12 Uhr												5,2	
13 Uhr																		5,8	13 Uhr												5,4	
14 Uhr																		5,6	14 Uhr												5,0	
15 Uhr																		5,1	15 Uhr												4,9	
16 Uhr																		4,7	16 Uhr												4,1	
17 Uhr																		4,6	17 Uhr												4,6	
18 Uhr																		4,7	18 Uhr												4,4	
19 Uhr																		4,4	19 Uhr												4,4	
20 Uhr																		3,9	20 Uhr												3,6	
21 Uhr																		3,1	21 Uhr												3,1	
22 Uhr																		2,5	22 Uhr												2,6	
23 Uhr																		1,9	23 Uhr												1,9	
24 Uhr																		1,3	24 Uhr												1,6	
1 Uhr																		1,1	1 Uhr												1,3	
2 Uhr																		0,8	2 Uhr												1,1	
3 Uhr																		0,7	3 Uhr												1,0	
4 Uhr																		0,7	4 Uhr												1,0	
5 Uhr																		0,9	5 Uhr												0,8	

Legende: ■ Ärzte ■ Pflege ■ Verwaltung

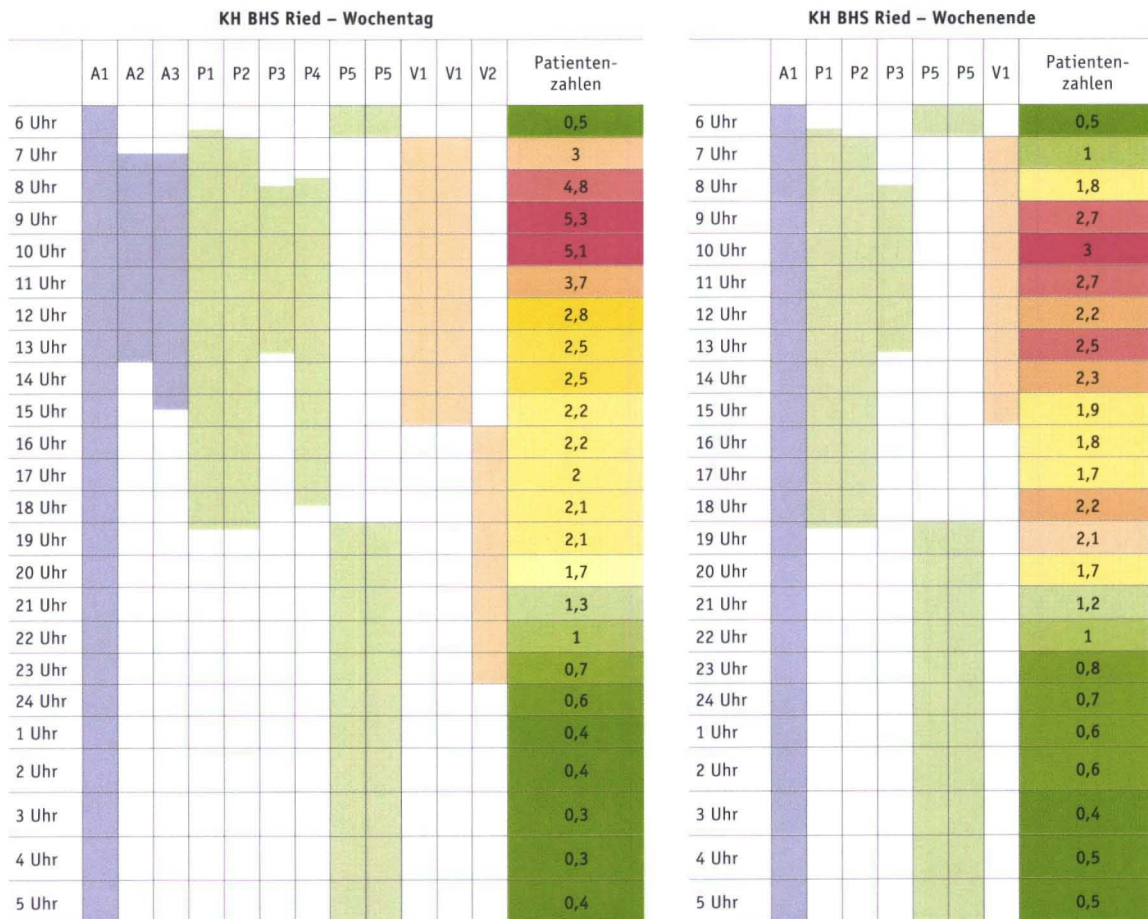
- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| A1: 7:30 bis 18:00 Uhr | P1: 7:00 bis 15:30 Uhr |
| A2: 7:30 bis 16:00 Uhr | P2: 7:00 bis 19:00 Uhr |
| A3: 7:30 bis 14:00 Uhr | P3: 8:00 bis 15:30 Uhr |
| A4: 10:00 bis 20:00 Uhr | P4: 7:00 bis 19:00 Uhr |
| A5: 14:00 bis 23:00 Uhr | P5: 7:00 bis 15:30 Uhr |
| A6: 18:00 bis 8:00 Uhr | P6: 8:00 bis 16:30 Uhr |
| A7: 9:00 bis 19:00 Uhr | P7: 15:30 bis 24:00 Uhr |
| A8: 13:00 bis 22:00 Uhr | P8: 18:45 bis 7:15 Uhr |
| | P9: 10:30 bis 19:00 Uhr |
| V1: 7:00 bis 15:30 Uhr | |
| V2: 7:00 bis 24:00 Uhr | |

¹ durchschnittliche Personalbesetzung im Jahr 2014 nach Stunde, Patientenaufkommen im Durchschnitt je Stunde im Jahr 2014; jeweils unterteilt nach Wochentagen sowie Wochenenden und Feiertagen

Quellen: KH Wels; RH

ANHANG 3

Anhang 3: Personalbesetzung und Patientenaufkommen im KH BHS Ried¹



Legende:  Ärzte  Pflege  Verwaltung

A1:	7:30 bis 8:00 Uhr	P1:	6:45 bis 19:15 Uhr
A2:	7:30 bis 14:00 Uhr	P2:	7:00 bis 19:15 Uhr
A3:	7:30 bis 15:30 Uhr	P3:	8:30 bis 13:45 Uhr
V1:	7:00 bis 16:00 Uhr	P4:	8:15 bis 18:30 Uhr
V2:	16:00 bis 24:00 Uhr	P5:	19:00 bis 7:00 Uhr

¹ Patientenaufkommen im Durchschnitt je Stunde im Jahr 2014, geteilt nach Wochentagen sowie Wochenenden und Feiertagen. Eine Pflegekraft im Nachtdienst hatte jeweils Bereitschaftsdienst mit Schlaferlaubnis; diese nahm der RH als dienststanwesend an.

Quellen: KH BHS Ried; RH

ANHANG 4

Entscheidungsträger der überprüften Unternehmen

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in **Blaudruck**

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H.

Aufsichtsrat

Vorsitzender Dr. Andreas KRAUTER
(5. Jänner 2010 bis 30. August 2013)

Dr. Michael HEINISCH
(seit 31. August 2013)

Stellvertreter des
Vorsitzenden Dr. Michael HEINISCH
(5. Jänner 2010 bis 30. August 2013)

Eva Maria (Sr. Maria Martha) STREICHER, BA
(seit 31. August 2013)

Geschäftsführung Mag. Oliver RENDEL
(seit 1. Jänner 2010)

Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH**Aufsichtsrat**

Vorsitzender Mag. Gerhard POSCH
(seit 27. Februar 2008)

Stellvertreter des
Vorsitzenden Dr. Günter JACOBI
(seit 27. Februar 2008)

Geschäftsführung

Gertraud (Sr. Franziska) BUTTINGER
(1. Jänner 2008 bis 31. Juli 2011)

Mag. Raimund KAPLINGER
(19. Dezember 2003 bis 30. November 2011)

Dr. Walter AICHINGER
(1. Jänner 2008 bis 1. Juni 2011)

Mag. Dietbert TIMMERER
(seit 19. Dezember 2003)

Gertraud (Sr. Franziska) BUTTINGER
(seit 15. November 2011)

Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG (gespag)

Aufsichtsrat

Vorsitzender Mag. Dr. Franz MITTENDORFER
(seit 21. Juni 2004)

Stellvertreter des
Vorsitzenden WHR Dr. Karl FRAIS
(23. April 2001 bis 8. März 2016)

 LABg. Prim.^a Dr.ⁱⁿ Brigitte POVYSIL
(seit 9. März 2016)

Geschäftsführung

Dr. Ingrid FEDERL
(1. April 2013 bis 29. Februar 2016)

Mag. Karl LEHNER, MBA
(seit 1. April 2008)

Dr. Harald GECK
(seit 21. Juni 2001)



Bericht des Rechnungshofes

Förderungen des BMGF



Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis _____	157
Abkürzungsverzeichnis _____	158

BMGF**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit und Frauen****Förderungen des BMGF**

KURZFASSUNG _____	162
Prüfungsablauf und –gegenstand _____	167
Rechtliche Grundlagen _____	168
Gesetzliche Grundlagen _____	168
Allgemeine Rahmenrichtlinien _____	169
Sonderrichtlinien des BMGF _____	170
Förderstrategie _____	172
Förderziele und Förderschwerpunkte _____	173
Organisation der Förderabwicklung _____	175
Allgemeines _____	175
Abstimmung mit anderen öffentlichen Fördergebern _____	177
Förderungen bis zu 10.000 EUR _____	178
Kontrolle _____	179

Inhalt



Einzelne Förderprojekte _____	182
Bereich Gesundheitsförderung _____	182
AIDS-Hilfe Vereine _____	183
Bereich Suchtprävention _____	188
Bereich Lehrpraxenförderung _____	191
Bereich Veterinär-wesen _____	193
Schlussempfehlungen _____	197

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kleinstförderungen im Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ _____	178
Tabelle 2:	Förderungen der AIDS-Hilfe Vereine _____	184
Tabelle 3:	Förderungen Suchtprävention _____	190
Tabelle 4:	Verteilung auf die Länder 2014 _____	190
Tabelle 5:	Förderungen Lehrpraxen _____	192
Tabelle 6:	Förderungen Veterinärbereich _____	193

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
Art.	Artikel
BGBL	Bundesgesetzblatt
BHAG	Buchhaltungsagentur des Bundes GmbH
BHG	Bundeshaushaltsgesetz
BM	Bundesminister/-in
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMWFJ	ehemaliges Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend
bspw.	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ELAK	Elektronischer Akt
etc.	et cetera
EUR	Euro
(f)f.	folgend(e) (Seite, Seiten)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HIV	Humane Immune Deficiency-Virus
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
lt.	laut
Mio.	Million(en)
n.v.	nicht verfügbar
Nr.	Nummer
rd.	rund
RH	Rechnungshof
u.a.	unter anderem

Abkürzungen

SMG	Suchtmittelgesetz
TDBG	Transparenzdatenbankgesetz
TZ	Textzahl(en)
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Förderungen des BMGF

Das BMGF vergab Förderungen von rd. 8 Mio. EUR jährlich vorwiegend in den Bereichen Gesundheitsförderung, AIDS-Hilfe, Suchtprävention und Tierschutz. Eine einheitliche, schriftlich dokumentierte Förderstrategie sowie daraus abgeleitete Wirkungsziele und Indikatoren für deren Umsetzung fehlten.

Die Förderungen erfolgten in der Regel auf Basis der allgemeinen Rahmenrichtlinien, weil Sonderrichtlinien für wesentliche Bereiche noch ausständig waren. Abstimmungen mit anderen Gebietskörperschaften bzw. Förderstellen waren nicht nachvollziehbar dokumentiert.

Die vom BMGF festgelegten Förderschwerpunkte wurden von den Fördernehmern eingehalten. Evaluierungen über den Nutzen der gewährten Förderungen lagen nur ansatzweise in den Bereichen AIDS-Hilfe und Suchtprävention vor. Mangels konkreter Förderziele und messbarer Indikatoren beschränkten sich die Evaluierungen auf Vorjahresvergleiche und statistische Auswertungen.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung der Förderstrategien und -ziele des BMGF, der Organisation der Förderabwicklung, der Förderkontrolle und der Evaluierung der gewährten Förderungen sowie einzelner Förderprojekte aus den Bereichen Gesundheitsförderung, AIDS-Hilfe, Suchtprävention, Lehrpraxen und Veterinärwesen. (TZ 1)

Rechtliche Grundlagen

Das BMGF gewährte nach Maßgabe der budgetären Mittel Förderungen aufgrund gesetzlich eingeräumter Möglichkeiten, insbesondere nach dem AIDS¹-Gesetz, dem Suchtmittelgesetz (SMG) und dem Tierschutzgesetz. (TZ 2)

Grundlage für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln waren die „Allgemeinen Rahmenrichtlinien für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln“ (Rahmenrichtlinien) aus den Jahren 2004 und 2014. (TZ 3, 4)

Beide Rahmenrichtlinien sahen für die Gewährung von Förderungen Sonderrichtlinien vor. Das BMGF sah von der Vorlage eines Entwurfes einer Sonderrichtlinie für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention an das BMF – zur Herstellung des erforderlichen Einvernehmens – ab. Die Sonderrichtlinie trat daher nicht – wie ursprünglich vorgesehen – mit Jänner 2016 in Kraft. (TZ 5)

Für den Suchtpräventions- und Veterinärbereich fehlten die diesbezüglichen Sonderrichtlinien. Die Förderungen erfolgten auf Basis der allgemeinen Rahmenrichtlinien. Die Sonderrichtlinie für die Lehrpraxenförderung basierte noch auf den Rahmenrichtlinien 2004. (TZ 5)

Förderstrategie

Das BMGF förderte nach Maßgabe der verfügbaren Budgetmittel grundsätzlich Organisationen, deren Tätigkeitsbereiche unter die jährlichen Förderschwerpunkte fielen. Ein alle Förderschwerpunkte umfassendes Strategiekonzept mit Maßnahmen und Indikatoren, die zur Beurteilung der kurz-, mittel- oder langfristigen Zielerreichung aller Förderungen herangezogen werden könnten, lag nicht schriftlich vor. (TZ 6)

¹ Acquired Immune Deficiency Syndrome

**Förderziele und
Förderschwerpunkte**

Das BMGF legte förderwürdige Maßnahmen für den Schwerpunkt Gesundheitsförderung jährlich neu fest. Wirkungsziele und Indikatoren zur Messung des Erfolges waren nicht schriftlich dokumentiert. Das BMGF gewährte somit – bspw. im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention – Förderungen ohne eindeutig definierte Zielvorgaben. (TZ 7)

Die Förderschwerpunkte waren auf die gesetzlich vorgesehenen Basisförderungen langjähriger Fördernehmer ausgerichtet; Wirkungsziele und Indikatoren waren dafür nicht festgelegt. (TZ 8)

Die Förderansuchen sowie die im überprüften Zeitraum gewährten Förderungen bezogen sich lediglich auf den Förderschwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention. Alle weiteren Förderschwerpunkte waren für basisgeförderte Einrichtungen wenig relevant. Das breite, ausdifferenzierte Förderangebot des Bereichs Gesundheitsförderung und Prävention war verwaltungsaufwendig. (TZ 8)

**Organisation der
Förderabwicklung**

Förderwerber mussten auch bei wiederkehrenden Förderungen ihre Förderanträge jährlich neu einreichen. Diese beinhalteten eine Begründung, inwiefern die Förderschwerpunkte eingehalten würden, und eine Offenlegung über die gesamte Projektfinanzierung (Eigenmittel, Mittel von anderen Fördergebern), damit das BMGF Doppelförderungen von Projekten entgegenwirken konnte. (TZ 9)

Laut den Rahmenrichtlinien 2014 hatte der Bund auf eine mit anderen Organen bzw. Rechtsträgern abgestimmte Vorgangsweise hinzuwirken, wenn auch diese beabsichtigten, einen Förderwerber für dieselbe Leistung zu fördern. Die Rahmenrichtlinien 2014 sahen Abfragen in der Transparenzdatenbank vor, in der jedoch nur die bereits ausbezahlten, nicht aber die durch öffentliche Fördergeber beabsichtigten bzw. bereits zugesagten Förderungen ersichtlich waren. Das BMGF verständigte andere haushaltsführende Stellen über eigene Förderzusagen. Eine vorab erfolgende inhaltliche Abstimmung mit anderen öffentlichen Fördergebern wurde jedoch nicht schriftlich dokumentiert und war somit nicht nachvollziehbar. (TZ 10)

Das BMGF gewährte von 2010 bis 2014 43 Förderungen bis zu 10.000 EUR (durchschnittlicher Förderbetrag: 6.560 EUR). Das BMGF hatte keinen vollständigen Überblick über die internen Kosten (Personal- und Sachkosten) der einzelnen Förderungen. Ob die Förderabwicklung der Kleinstförderungen in einem angemessenen Verhältnis zu den damit verfolgten Zielen stand, war dem BMGF somit nicht bekannt. (TZ 11)

Kurzfassung

Kontrolle

Eine Überprüfung hinsichtlich der Übereinstimmung des Sachberichts mit den in den Förderanträgen beschriebenen Maßnahmen fand nach Projektabschluss nur insoweit statt, als das BMGF Abrechnungen, die nicht den Förderzwecken entsprachen, nicht anerkannte bzw. eine Klarstellung diesbezüglich vom Fördernehmer einforderte. (TZ 12)

Im Anschluss an gewährte Förderungen nahm das BMGF keine Evaluierungen hinsichtlich der Wirkungen der geförderten Projekte und Maßnahmen – wie in den Rahmenrichtlinien 2014 vorgesehen – vor. (TZ 13)

Im überprüften Zeitraum forderte das BMGF rd. 145.000 EUR an nicht verbrauchten Fördermitteln zurück. Entgegen den Bestimmungen der Rahmenrichtlinien verrechnete es keine Zinsen. (TZ 13)

Das BMGF evaluierte auch noch nicht den Nutzen der Förderung der Lehrpraxen. (TZ 13, 26)

Bereich Gesundheitsförderung

Erst nach mehrmaliger Urgenz durch das BMGF suchte ein Therapiezentrum Mitte Oktober 2014 um eine Förderung für das laufende Kalenderjahr an. Trotz angespannter Budgetlage gewährte das BMGF daraufhin für das gesamte Jahr 2014 Förderungen in Höhe von insgesamt 285.000 EUR. Dies widersprach den Fördervoraussetzungen, wonach Kosten, die vor Einlangen des Förderansuchens entstanden waren, nicht anerkannt werden konnten. Die Tatsache, dass das BMGF den Förderwerber an das Förderansuchen erinnern musste, signalisierte keinen dringenden Bedarf an der Förderung. (TZ 14)

AIDS-Hilfe Vereine

Bei der Förderung der sieben AIDS-Hilfe Vereine fehlte eine inhaltliche und finanzielle Abstimmung mit anderen fördernden Gebietskörperschaften. (TZ 15)

Die Urgenzen von nicht fristgerecht vorgelegten Fördernachweisen wurden vom BMGF nicht dokumentiert. (TZ 16)

Die genaue Überprüfung der Nachweise im Hinblick auf die geforderte Abrechnungsqualität war zweckmäßig. Die in Einzelfällen über mehrere Jahre gehenden Abrechnungszeiträume waren jedoch unverhältnismäßig lang. Das hatte zur Folge, dass lt. Fördervertrag sämtliche, bis zur Anerkennung der Förderungen des Vorjahres ausbezahlte Beträge nur in Form eines Vorschusses erfolgten und

es darüber hinaus keine Klarheit über allfällige Rückforderungen gab. (TZ 17)

Entgegen den Bestimmungen der Rahmenrichtlinien verrechnete das BMGF im Falle von Rückforderungen keine Zinsen. (TZ 18)

Das BMGF erfasste – ausgehend von den Quartalsberichten der AIDS-Hilfe Vereine – die wesentlichen Tätigkeiten der Vereine statistisch nach einzelnen Leistungskategorien mittels eines „Balanced Score Card“-Modells. Diese Auswertungsmethode war zweckmäßig, um die Leistungen der AIDS-Hilfe Vereine beurteilen und vergleichen zu können. Eine Gesamtbetrachtung der von den AIDS-Hilfe Vereinen erbrachten Leistungen im Hinblick auf die tatsächliche Wirkung fehlte ebenso wie genderdisaggregierte Auswertungen. (TZ 19)

**Bereich
Suchtprävention**

Gemäß dem Suchtmittelgesetz (SMG) förderte das BMGF Einrichtungen oder Vereinigungen, die Personen im Hinblick auf Sucht-
giftmissbrauch berieten und betreuten, unter der Voraussetzung, dass andere Gebietskörperschaften zumindest gleich hohe Zuschüsse gewährten. (TZ 20)

Wie auch bei den AIDS-Hilfe Vereinen verfügte das BMGF im Bereich der Suchtprävention über keine schriftlich dokumentierten und quantifizierbaren Ziele. (TZ 21)

Bedingt durch die Dauer der Berichterstellung vonseiten der geförderten Institutionen und der Dauer der Abrechnungen durch die Länder kam es auch hier zu langen Bearbeitungszeiträumen bis zur endgültigen Entlastung der Fördernehmer. (TZ 22)

Das BMGF förderte den Bereich der Suchtprävention von 2010 bis 2014 mit insgesamt 9,40 Mio. EUR, von denen rd. 80 % in den Bereich der Prävention und rd. 20 % an stationäre Einrichtungen flossen. Bei der Gewährung von Förderungen erfolgte keine finanzielle Abstimmung mit anderen Fördereinrichtungen. (TZ 23, 24)

Das BMGF beobachtete die Drogensituation anhand der Kennzahlen aus dem einheitlichen „Dokumentations- und Berichtssystem zu den Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogeneinrichtungen“. Die Tatsache, dass die Anzahl der Drogentoten und Verurteilungen wegen Drogendelikten rückläufig war, führte das BMGF auch auf die Förderung im Bereich der Suchtprävention zurück. Die laufende Beobachtung der Drogensituation war zweckmäßig, doch

Kurzfassung

es fehlten schriftlich dokumentierte und quantifizierbare Ziele, die für eine Evaluierung erforderlich sind. (TZ 25)

Bereich Lehrpraxen- förderungen

Die Lehrpraxenförderung ermöglichte angehenden Allgemeinmediziner*innen eine praxisorientierte Ausbildung in einer Lehrpraxis bei einem niedergelassenen Arzt als Vorbereitung auf eine Tätigkeit als Allgemeinmediziner. Das BMGF förderte Lehrpraxen von 2010 bis 2014 mit rd. 3,69 Mio. EUR. Eine Evaluierung der Lehrpraxenförderung hinsichtlich ihrer Wirkung wurde bislang noch nicht durchgeführt. (TZ 26)

Bereich Veterinärwesen

Von 2010 bis 2014 gewährte das BMGF Förderungen in Höhe von insgesamt rd. 3,10 Mio. EUR für das Veterinärwesen. Das BMGF förderte im Wesentlichen einen Verein, der verschiedene Aktivitäten zum Thema Tierschutz und artgerechte Tierhaltung im Sinne des Tierschutzgesetzes setzte. Die Förderansuchen enthielten eine Aufstellung über die bei anderen öffentlichen Stellen beantragten und über die in den vergangenen fünf Jahren erhaltenen Förderungen; die Projektanträge waren umfangreich, transparent und nachvollziehbar. (TZ 27, 28)

Nach Beendigung von Tierversuchen für die biomedizinische Forschung durch ein Pharmazieunternehmen war die Betreuung und Pflege der erkrankten Tiere erforderlich. Um diese Tiere im Sinne des Tierschutzes zu versorgen und in einem Gnadenhof artgerecht zu halten, schlossen das Land Niederösterreich, der Bund (vertreten durch das BMGF), eine Privatperson und eine Privatstiftung im Dezember 2009 einen Betreuungsvertrag bzw. eine Finanzierungsvereinbarung für eine Laufzeit von zehn Jahren ab. Da im Falle dieses Tiergnadenhofs weder Förderansuchen durch einen Förderwerber noch ein Fördervertrag vorlagen, handelte es sich um keine Förderung im klassischen Sinne, sondern um eine zeitlich befristete Finanzierungsvereinbarung. Dennoch erfolgten die Zahlungen des BMGF (in Höhe von jährlich 165.000 EUR) aus dem für Fördermittel vorgesehenen Budgetansatz. (TZ 29)

Das BMGF gewährte einem Verein, dessen Tätigkeit dem Rettungswesen zuzuordnen war, Förderungen in der Höhe von 20.000 EUR für Leistungen, die nicht unter das Tierschutzgesetz subsumiert werden konnten (z.B. Ausbildung und Training von Rettungshunden sowie Unterbringungskosten der Hundehalter). (TZ 30)

Kenndaten für Förderungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Rechtsgrundlagen						
	2010	2011	2012	2013	2014	2010 bis 2014
	in 1.000 EUR					
AIDS-Hilfe (Vereine und HIV-Fonds, Welt-AIDS-Konferenz 2010)	4.367	2.903	3.031	3.152	2.968	16.421
Suchtprävention	2.017	1.959	1.658	2.112	1.658	9.404
Gesundheitsförderung	1.171	737	813	1.612	759	5.092
Hepatitis C-Fonds	900	900	873	873	873	4.419
Lehrpraxen	868	804	726	721	574	3.693
Veterinärwesen	432	505	650	749	663	2.999
Gentechnologie	5	5	5	40	42	97
Strahlenschutz	8	8	8	0	0	24
ausbezahlte Summe	9.768	7.821	7.764	9.259	7.537	42.149
Bundesvoranschlag Summe¹	8.297	8.574	8.340	7.489	7.823	

¹ Die Voranschlagsüberschreitung 2010 war auf die Welt-AIDS-Konferenz zurückzuführen, jene von 2013 auf Teuerungsanpassungen im Suchtmittelbereich sowie auf zusätzliche Projekte im Veterinärbereich und zur Förderung der Kindergesundheit.

Quellen: BMGF, BRA; Auswertung RH

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 Der RH überprüfte von Mai bis Juli 2015 beim BMGF die Vergabe von Förderungen.

Ziel der Überprüfung war die Beurteilung

- der Förderstrategien und -ziele des BMGF,
- der Organisation der Förderabwicklung,

Prüfungsablauf und –gegenstand

- der Förderkontrolle und Evaluierung der gewährten Förderungen sowie
- einzelner Förderprojekte² aus den Bereichen Gesundheitsförderung, AIDS-Hilfe, Suchtprävention, Lehrpraxen und Veterinärwesen.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2010 bis 2014.

Zur leichteren Lesbarkeit verwendet der RH einheitlich die seit 1. Juli 2016 geltende Bezeichnung der Bundesministerien, insbesondere BMGF.

Zu dem im Februar 2016 übermittelten Prüfungsergebnis nahm das BMGF im Mai 2016 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung im August 2016.

Rechtliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlagen

- 2 Folgende, den Wirkungsbereich des BMGF betreffende Materiengesetze sahen die Gewährung von Förderungen – nach Maßgabe der verfügbaren budgetären Mittel – durch den Bund vor:
- Das AIDS-Gesetz³ ermächtigte den Bund, die Tätigkeit von Einrichtungen und Vereinigungen zur Beratung und Betreuung von Personen im Hinblick auf AIDS zu fördern.
 - Das Suchtmittelgesetz (SMG)⁴ ermächtigte den Bund, Förderungen an Einrichtungen oder Vereinigungen zu gewähren, die Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch beraten und betreuen. Die Förderung hatte nach Maßgabe der verfügbaren Bundesmittel zu erfolgen, wobei diese von Zuschüssen aus Mitteln anderer Gebietskörperschaften abhängig zu machen war. Bei Einrichtungen, deren Träger Gebietskörperschaften waren, mussten die Zuschüsse dieser Gebietskörperschaft mindestens gleich hoch sein wie die des Bundes.
 - Das Tierschutzgesetz⁵ sah die Förderung tierfreundlicher Haltungssysteme, wissenschaftlicher Tierschutzforschung sowie Anliegen des Tierschutzes durch Bund, Länder und Gemeinden vor.

² Die Auswahl erfolgte insbesondere unter Berücksichtigung des budgetären Umfangs der Förderungen.

³ AIDS-Gesetz, BGBl. Nr. 728/1993 i.d.g.F.; Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

⁴ Suchtmittelgesetz, BGBl. I Nr. 112/1997 i.d.g.F.

⁵ Tierschutzgesetz, BGBl. I Nr. 118/2004 i.d.g.F.

Das Transparenzdatenbankgesetz⁶ (TDBG) sowie die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über eine Transparenzdatenbank⁷ sahen die Aufnahme von Förderungen und Transferzahlungen in ein Transparenzportal⁸ vor.

Allgemeine Rahmenrichtlinien

Rahmenrichtlinien 2004

- 3 Gemäß § 30 Abs. 5 Bundeshaushaltsgesetz 2013⁹ (BHG) hatte der Bundesminister für Finanzen in einer Verordnung einheitliche Bestimmungen über die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln zu erlassen. Die Umsetzung erfolgte durch die Verordnung über „Allgemeine Rahmenrichtlinien für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln“ (kurz: Rahmenrichtlinien)¹⁰.

Die Rahmenrichtlinien aus dem Jahr 2004 – noch auf Grundlage des BHG 1986¹¹ – enthielten im Wesentlichen Bestimmungen über die haushaltsrechtlichen und allgemeinen Fördervoraussetzungen sowie über die Gewährung und Abwicklung von Förderungen.

Demnach durften Förderungen im Rahmen von Förderprogrammen (Fördermaßnahmen) auf Grundlage von Sonderrichtlinien grundsätzlich nur gewährt werden, sofern dies bestimmte Förderbereiche zweckmäßig erscheinen ließen¹². Die Sonderrichtlinien sollten inhaltliche Förderschwerpunkte definieren und die entsprechenden überprüfbaren Förderziele mit geeigneten Indikatoren unterlegen.

Nach Erbringung der geförderten Leistungen war nicht nur eine Kontrolle der widmungsgemäßen Verwendung der Fördermittel, sondern auch – soweit dies im Hinblick auf die Höhe und das Spezifikum der Förderung zweckmäßig war – eine Evaluierung durchzuführen.

⁶ BGBl. I Nr. 99/2012 i.d.g.F.

⁷ BGBl. I Nr. 73/2013 i.d.g.F.

⁸ § 1 Abs. 1 Z 2 TDBG 2012

⁹ BGBl. I Nr. 139/2009 i.d.g.F.

¹⁰ BGBl. II Nr. 51/2004 (Rahmenrichtlinien 2004) – außer Kraft gesetzt mit BGBl. II Nr. 208/2014 i.d.g.F. (Rahmenrichtlinien 2014) am 23. August 2014

¹¹ BGBl. Nr. 213/1986

¹² § 40 Abs. 1 Rahmenrichtlinien 2004

Rechtliche Grundlagen

Rahmenrichtlinien 2014

- 4 Die Rahmenrichtlinien 2014 setzten ab August 2014 die bis dahin geltenden Rahmenrichtlinien 2004 außer Kraft. Sie galten von diesem Zeitpunkt an für alle neu eingebrachten Förderanträge.

Die Rahmenrichtlinien 2014 wurden vom BMF neu strukturiert und um eine strategische Förderungsrichtung sowie eine zwingend erforderliche Evaluierung erweitert.

Wie schon die Rahmenrichtlinien 2004 sahen auch die Rahmenrichtlinien 2014 die grundsätzliche Gewährung von Förderungen im Rahmen von Förderprogrammen auf Grundlage von Sonderrichtlinien vor.

Diese Sonderrichtlinien mussten definierte Regelungsziele, Indikatoren, Fördergegenstand sowie die förderbaren und nicht förderbaren Kosten festlegen. Ein Regelungsziel war die Vermeidung von unerwünschten Mehrfachförderungen und Fördermissbrauch, insbesondere durch eine Abfrage der Leistungsangebote im Transparenzportal.

Nach Beendigung eines Förderprogramms auf Grundlage von Sonderrichtlinien war es verpflichtend, dieses zu evaluieren, wobei auch darzustellen war, zu welchen Wirkungen die Maßnahmen geführt hatten.

Sonderrichtlinien des BMGF

- 5.1 Das BMGF gewährte im überprüften Zeitraum nur Förderungen von Lehrpraxen auf Basis einer Sonderrichtlinie, die noch auf den Rahmenrichtlinien 2004 basierte. Alle anderen Förderungen erfolgten auf Basis der Rahmenrichtlinien 2014, weil das BMGF die Erlassung von Sonderrichtlinien nicht für zweckmäßig erachtete.

Das BMGF hatte im Jänner 2015 mit der Erstellung eines Entwurfs einer Sonderrichtlinie für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention begonnen. Der Entwurf der Sonderrichtlinie orientierte sich in seiner strategischen Ausrichtung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention an der von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Gesundheitsförderungsstrategie.¹³ Nicht Gegenstand des Sonderrichtlinienentwurfs war allerdings die Förderung von Maßnahmen zur Suchtprävention.

¹³ Ziel dieser Strategie war es, einen Beitrag für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich zu leisten.

Konkret zog das BMGF die Rahmen-Gesundheitsziele 2 und 3¹⁴ heran und legte entsprechende Indikatoren fest (z.B. Anzahl der Blutabnahmen, Bewerbung bzw. Nachfrage des Angebots der AIDS-Hilfe Vereine). Alle Maßnahmen, die der Zielerreichung dienten, sah das BMGF als förderungswürdig an.

Das BMGF plante nach der Fertigstellung des Entwurfs dessen Vorlage an das BMF – zur Herstellung des erforderlichen Einvernehmens – für das zweite Halbjahr 2015, sah jedoch davon ab. Die Sonderrichtlinie trat daher auch nicht – wie ursprünglich vorgesehen – mit Jänner 2016 in Kraft.

- 5.2 Der RH stellte kritisch fest, dass alle Förderungen des BMGF mit Ausnahme jener der Lehrpraxen auf Basis der Rahmenrichtlinien 2014 erfolgten. Der RH bemängelte in diesem Zusammenhang, dass das BMGF den Entwurf für eine Sonderrichtlinie für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Juli 2015 noch nicht fertiggestellt hatte. Vor diesem Hintergrund wies der RH kritisch auf die noch fehlenden Sonderrichtlinien hin und empfahl dem BMGF, solche für den Suchtpräventions- und Veterinärbereich zu erarbeiten sowie den Entwurf für eine Sonderrichtlinie für den Bereich Gesundheitsförderung rasch fertigzustellen und mit dem BMF abzustimmen. Die bereits bestehende Sonderrichtlinie für die Förderung der Lehrpraxen wäre formell an die Rahmenrichtlinien 2014 anzupassen.

- 5.3 *Laut Stellungnahme des BMGF habe eine ressortinterne Abstimmung ergeben, dass eine Sonderrichtlinie für den Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“, in der alle Förderungen fachlich Berücksichtigung finden, aufgrund der fachlich heterogenen Förderungen (sieben AIDS-Hilfe-Vereine, zwei Unterstützungsfonds, 18 sonstige Vereine) nicht zielführend sei. Hinzu komme die angespannte Budgetlage, die zu einem zahlenmäßigen Rückgang der Förderungen führen werde.*

Für den Veterinärbereich werde keine eigene Sonderrichtlinie erstellt, weil im Jahr 2015 nur vier Förderungen erfolgt seien. Die Erstellung einer Sonderrichtlinie für den Suchtpräventionsbereich werde demnächst in Angriff genommen.

Hinsichtlich der Sonderrichtlinie für die Förderung von Lehrpraxen führte das BMGF in seiner Stellungnahme aus, dass es aufgrund der Änderungen in der Ärzteausbildung aus verwaltungsökonomischer Sicht

¹⁴ Ziel 2: für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozio-ökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und für alle Altersgruppen zu sorgen; Ziel 3: die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken.

Rechtliche Grundlagen

bisher nicht vertretbar gewesen sei, die Sonderrichtlinie zu ändern, weil bestimmte Modalitäten noch nicht abschließend geklärt worden seien.

- 5.4** Der RH nahm das Ergebnis der ressortinternen Abstimmung zur Kenntnis, regte aber an, ressortinterne Abstimmungen zukünftig der Erstellung eines Entwurfs vorzulagern. Da die Förderung von Maßnahmen zur Suchtprävention nicht Gegenstand des Sonderrichtlinienentwurfs war und das Problem der fachlichen Heterogenität aus Sicht des RH hier keine Rolle spielte, wäre – wie vom BMGF in seiner Stellungnahme angekündigt – jedenfalls eine Sonderrichtlinie für diesen Bereich zu erstellen.

Hinsichtlich des Veterinärbereichs entgegnete der RH, dass es sich dabei zwar nur um vier Förderungen, aber um hohe Förderbeträge handelte, weshalb die Erlassung einer Sonderrichtlinie, in der die Motive und die Voraussetzungen für die Förderungen transparent gemacht werden, auch in diesem Fall sinnvoll und zweckmäßig sein kann. Er hielt daher seine Empfehlung aufrecht.

Die Sonderrichtlinie für die Förderung von Lehrpraxen wäre formell an die Rahmenrichtlinien 2014 anzupassen, sobald die im Zusammenhang mit den Änderungen der Ärzteausbildung stehenden Modalitäten geklärt sind.

Förderstrategie

- 6.1** Das BMGF förderte nach Maßgabe der verfügbaren Budgetmittel grundsätzlich Organisationen, deren Tätigkeitsbereiche unter die jährlichen Förderschwerpunkte fielen. Diese Förderungen umfassten unterschiedliche Bereiche des Gesundheitswesens (z.B. AIDS-Hilfe, Tierschutz, etc.).

Für den Suchtpräventionsbereich hatte sich die Bundesregierung für die XXIV. Gesetzgebungsperiode die „Weiterentwicklung einer nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“ zum Ziel gesetzt. Darauf aufbauend förderte das BMGF die flächendeckende, nachhaltige und qualifizierte Behandlung, Betreuung und Beratung durch die Fachstellen für Suchtprävention (siehe TZ 20) und stationäre Therapieeinrichtungen.

Ein Strategiekonzept, das Maßnahmen und Indikatoren umfasste, die zur Beurteilung der kurz-, mittel- oder langfristigen Zielerreichung herangezogen werden könnten, war in schriftlicher Form nicht vorhanden.

6.2 Der RH bemängelte das Fehlen eines schriftlichen, sämtliche Förderschwerpunkte umfassenden Strategiekonzepts. Er empfahl somit dem BMGF, eine Strategie für die nächsten Kalenderjahre unter Berücksichtigung der Fördergewährung anderer Gebietskörperschaften sowie der budgetären Lage zu erarbeiten.

6.3 *Das BMGF teilte in seiner Stellungnahme mit, das vergleichsweise geringe Fördervolumen des BMGF spreche verwaltungsökonomisch betrachtet gegen eine Ausweitung der Ressourcenverwendung in diesem Bereich. Das BMGF werde die Empfehlung des RH aber erneut diskutieren.*

6.4 Der RH entgegnete, dass nicht nachvollziehbar war, warum die Erstellung einer Förderstrategie aus verwaltungsökonomischer Sicht nicht zielführend war. Gerade die Festlegung von Zielen im Rahmen einer Strategie und der Fokus auf deren Umsetzung waren aus Sicht des RH eine notwendige Grundlage eines effizienten Förderungswesens.

Förderziele und Förderschwerpunkte

7.1 Das BMGF legte förderwürdige Maßnahmen für den Schwerpunkt Gesundheitsförderung¹⁵ jährlich neu fest. Wirkungsziele und Indikatoren, anhand derer der Erfolg der geförderten Maßnahmen gemessen werden konnte, waren nicht schriftlich dokumentiert. Im Bereich Tierschutzförderung leiteten sich die Ziele aus dem Tierschutzgesetz ab.

7.2 Der RH bemängelte, dass das BMGF – z.B. im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention – Förderungen ohne eindeutig definierte Zielvorgaben gewährte. Er empfahl daher, ausgehend von einer gesamthaften Förderstrategie quantifizierbare Ziele zu definieren, um über eine Grundlage für die Evaluierung aller Förderungen zu verfügen.

7.3 *Das BMGF teilte in seiner Stellungnahme mit, im Fördervertrag sei sehr wohl festgelegt, welche Arbeiten mit der geförderten Maßnahme durchzuführen, wie Abschlussberichte zu gestalten sind und wie die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung erfolgt.*

7.4 Der RH stellte klar, dass er unter den Zielvorgaben nicht die vom Förderwerber im Vertrag angeführten Ziele, sondern Wirkungsziele und Indikatoren des BMGF verstand, anhand derer die Wirkung der geförderten Maßnahmen im Sinne der Umsetzung einer gesamthaften Förderstrategie gemessen werden konnte.

¹⁵ Die Veröffentlichung erfolgte auf der Homepage des BMGF.

Förderziele und Förderschwerpunkte

- 8.1** (1) Das BMGF unterstützte Einrichtungen – etwa im AIDS- und Suchtpräventionsbereich – durch sogenannte Basisförderungen (Personal- und Sachausstattung), so dass diese dem Gesetzesauftrag zur Beratung und Betreuung betroffener Personen nachkommen konnten.

Darüber hinaus förderte das BMGF Projekte und Maßnahmen von besonderem gesundheitspolitischen Interesse gemäß den jährlich festgelegten Förderschwerpunkten. Dabei ersuchte die für die Förderabwicklung zuständige Abteilung des BMGF die jeweiligen Fachabteilungen um Vorschläge für Förderschwerpunkte des Folgejahres. Die aktuellen Förderschwerpunkte wurden mit neuen Vorschlägen ergänzt bzw. adaptiert. Bei geplanten Änderungen der bestehenden Förderschwerpunkte nahm das BMGF Rücksicht auf Fördernehmer aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, die bereits über einen längeren Zeitraum jährlich Förderungen bezogen, um ihnen so nicht die Fördergrundlage zu entziehen. Wirkungsziele und Indikatoren wurden für diese Förderungen nicht festgelegt (siehe TZ 7).

- (2) Die Förderschwerpunkte von 2010 bis 2014 lauteten folgendermaßen:

- 1) Gesundheitsförderung und Prävention
- 2) Verbesserung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
- 3) „Evidence Based Medicine“¹⁶ und „Evidence Based Nursing“¹⁷
- 4) Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit sowie
- 5) Gesundheitsfolgenabschätzung.

Wie der RH anhand einer stichprobenartigen Überprüfung feststellte, bezogen sich – im überprüften Zeitraum – die Förderanträge sowie die gewährten Förderungen auf den Förderschwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention. Dieser Förderschwerpunkt war thematisch breit und umfangreich dargestellt und umfasste neben der Prävention und Bekämpfung von Infektionskrankheiten (z.B. HIV, AIDS, Hepatitis), Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen (unter besonderer Berücksichtigung von Alkoholmissbrauch/-sucht und von Verhaltenssüchten) u.a. auch die Altersmedizin, die Zahngesundheit oder die Public Health Nutrition.

¹⁶ patientenorientierte medizinische Behandlung

¹⁷ Verfahren zur objektiven Beurteilung krankenschweflicher Maßnahmen

Zu den übrigen Förderschwerpunkten (zwei bis fünf) lagen keine Förderanträge vor.

Wie der RH feststellte, erfolgten im überprüften Zeitraum wesentliche Ergänzungen und Adaptierungen zum Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention. Das betraf insbesondere die Berücksichtigung neuer Infektionskrankheiten, des Genderaspekts und – ausgehend von den Rahmen-Gesundheitszielen – die gesunden Lebensjahre/-welten. Im Bereich des Suchtmittelmissbrauchs lag der Förderschwerpunkt auf der Prävention.

- 8.2 (1) Der RH verwies kritisch darauf, dass das BMGF für die Basisförderungen langjähriger Fördernehmer weder Wirkungsziele noch Indikatoren festgelegt hatte. Er empfahl dem BMGF, künftig auch für die Basisförderungen Wirkungsziele und Indikatoren festzulegen.

(2) Der RH wies kritisch darauf hin, dass sich die Förderansuchen sowie die im überprüften Zeitraum gewährten Förderungen lediglich auf den Förderschwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention bezogen. Nach Ansicht des RH waren alle weiteren Förderschwerpunkte (zwei bis fünf) für die basisgeförderten Einrichtungen wenig relevant. Er empfahl daher dem BMGF, die Beibehaltung dieser Förderschwerpunkte im Hinblick auf ihre Relevanz für die Förderstrategie zu überdenken.

Weiters wies er kritisch darauf hin, dass das breite, ausdifferenzierte Förderangebot der Gesundheitsförderung und Prävention verwaltungsaufwendig war (siehe TZ 11). Er empfahl daher dem BMGF, die Notwendigkeit eines breiten, ausdifferenzierten Förderangebots in diesem Punkt zu überdenken.

- 8.3 *Das BMGF sagte in seiner Stellungnahme zu, eine Straffung der Förderschwerpunkte – wie vom RH empfohlen – zu überprüfen.*

Organisation der Förderabwicklung

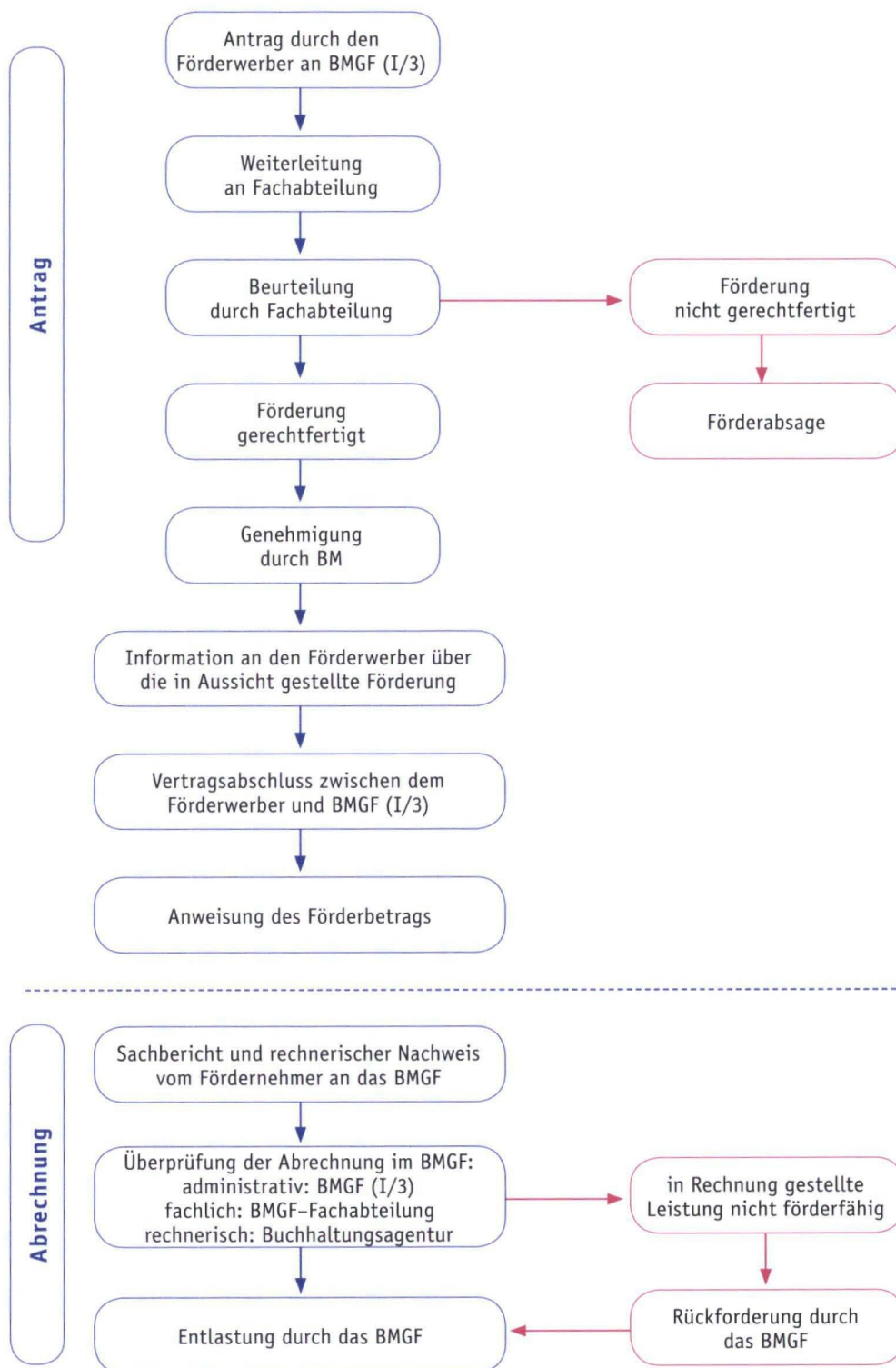
Allgemeines

- 9 Die vom BMGF gewährten Förderungen betrafen verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens (z.B. Gesundheitsförderung, AIDS-Hilfe, Tierschutz, Suchtprävention).

Die folgende Abbildung zeigt den Ablauf einer Förderung von der Antragsstellung bis zur Entlastung der Fördernehmer:

Organisation der Förderabwicklung

Abbildung 1: Ablaufschema Förderungen



Quellen: BMGF; RH

Förderwerber mussten auch bei wiederkehrenden Förderungen ihre Förderanträge jährlich neu einreichen. Dabei war als fachlich-inhaltliches Förderkriterium ausdrücklich zu begründen, inwiefern die Förderschwerpunkte eingehalten würden. Darüber hinaus hatten die Förderwerber die Projektfinanzierung (Eigenmittel, Mittel von anderen Fördergebern) offenzulegen. Durch die verpflichtende Offenlegung aller Förderquellen sollte das BMGF Doppelförderungen von Projekten entgegenwirken können. Über die Gewährung und über die Höhe von Förderungen entschied nach einer fachlich-inhaltlichen Beurteilung durch die jeweilige Fachabteilung die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen.

Nach Ablauf des Projektzeitraums mussten die Fördernehmer dem BMGF Nachweise über die durchgeführten Maßnahmen und erbrachten Leistungen sowie einen zahlenmäßigen Nachweis über die korrekte Mittelverwendung vorlegen. Diese wurden vom BMGF fachlich-inhaltlich und rechnerisch von der Buchhaltungsagentur des Bundes GmbH (BHAG) überprüft.

Abstimmung mit anderen öffentlichen Fördergebern

10.1 (1) Laut den Rahmenrichtlinien 2014 hatte der Bund auf eine mit anderen anweisenden Organen bzw. Rechtsträgern abgestimmte Vorgangsweise hinzuwirken, wenn auch diese beabsichtigten, einen Förderwerber für dieselbe Leistung zu fördern.

So hatte die jeweilige Förderstelle vor Gewährung einer Förderung – unter Mitwirkung des Förderwerbers – zu erheben, ob in den letzten drei Jahren Förderungen zuerkannt worden waren und ob für das konkrete Förderansuchen Förderzusagen durch andere Gebietskörperschaften oder Rechtsträger vorlagen. Um unerwünschte Mehrfachförderungen zu vermeiden, sahen die Rahmenrichtlinien 2014 auch Abfragen in der Transparenzdatenbank vor.

In der Transparenzdatenbank waren nur die bereits ausbezahlten Förderungen ersichtlich. Eine Übersicht über beabsichtigte bzw. zugesagte Förderungen durch öffentliche Fördergeber war der Transparenzdatenbank hingegen nicht zu entnehmen. Es war jedoch üblich, jene haushaltsführenden Stellen, die Förderungen an dieselben Organisationen wie das BMGF gewährten, über die vom BMGF zugesagten Förderungen zu verständigen. Inhaltliche Abstimmungen mit anderen öffentlichen Fördergebern wurden nicht schriftlich dokumentiert.

10.2 Der RH hielt kritisch fest, dass das BMGF eine vorab erfolgende inhaltliche Abstimmung bezüglich einer Fördergewährung nicht schriftlich und somit nicht nachvollziehbar dokumentierte. Er empfahl daher

Organisation der Förderabwicklung

dem BMGF, inhaltliche Abstimmungen mit anderen haushaltsführenden Stellen nachvollziehbar zu dokumentieren.

10.3 *Das BMGF teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es Ziel des BMGF sei, mit anderen potenziellen Fördergebern vorab eine inhaltliche Abstimmung der Fördergewährung zu erreichen, was sich in der Praxis oftmals sehr schwierig gestalte. Das BMGF werde in Zukunft die Bemühungen diesbezüglich intensivieren und dies auch nachvollziehbar dokumentieren.*

Förderungen bis zu
10.000 EUR

11.1 Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der gewährten Förderungen bis zu 10.000 EUR im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention von 2010 bis 2014.

Tabelle 1: Kleinstförderungen im Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“						
	2010	2011	2012	2013	2014	2010 bis 2014
	Anzahl der Förderungen					
bis 10.000 EUR	11	11	5	8	8	43
	Gesamtbetrag dieser Förderungen in EUR					
Summe	69.617	56.100	38.600	64.274	53.500	282.091

Quellen: BMGF; RH

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, gewährte das BMGF von 2010 bis 2014 insgesamt 43 Förderungen in Höhe von insgesamt 282.091 EUR. Im Durchschnitt belief sich eine Förderung daher auf rd. 6.560 EUR.

Aufgrund der angespannten Budgetlage des Bundes und der Einsparungsvorgaben des BMF reduzierte das BMGF 2012 die Anzahl der sogenannten „Kleinstförderungen“ (bis zu 10.000 EUR) im Vergleich zu den Vorjahren um rund die Hälfte; danach erhöhte sich die Anzahl dieser Förderungen wieder.

Der Kostenrechnung des BMGF waren für den überprüften Zeitraum – aufgrund gesetzlicher Änderungen und diverser Umstrukturierungen¹⁸ – keine vergleichbaren Daten über die internen Personal- und Sachkosten zur Abwicklung von Förderungen zu entnehmen. Daher waren auch die internen Kosten zur Abwicklung der einzelnen Förderungen nicht bekannt und somit auch nicht, ob die Förderabwick-

¹⁸ Schaffung neuer Kostenstellen und Kostenträger, Änderungen aufgrund des BHG 2013

lung der Kleinstförderungen in einem angemessenen Verhältnis zu den damit verfolgten Zielen standen.

- 11.2** Der RH kritisierte, dass das BMGF keinen vollständigen Überblick über die internen Kosten der Förderabwicklung hatte. Ob die Förderabwicklung der Kleinstförderungen in einem angemessenen Verhältnis zu den damit verfolgten Zielen stand, war dem BMGF somit nicht bekannt. Er empfahl daher dem BMGF zu erheben, ob die internen Kosten der einzelnen Förderungen – insbesondere bei Kleinstförderungen – in einem angemessenen Verhältnis zu den damit verfolgten Zielen stehen. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollten Grundlage für die zukünftige Gewährung von Kleinstförderungen sein.
- 11.3** *Laut Stellungnahme des BMGF ziele die verwendete Bundeskosten- und Leistungsrechnung nicht auf die jeweilige Einzelförderung ab. Die Personalkosten zuzüglich Overheadkosten würden auf die jeweiligen Kostenträger „Förderwesen“ der jeweiligen federführenden Fachabteilung in Summe zugeordnet. Daher könnten die Daten aus der Kosten- und Leistungsrechnung die Erhebung der internen Kosten der einzelnen Förderung nicht unterstützen.*
- 11.4** Wenn die Kostenträgerrechnung die entsprechenden Daten nicht liefern konnte, wären aus Sicht des RH Alternativen zur Erhebung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der Kleinstförderungen zu prüfen.

Kontrolle

- 12.1** Die Förderwerber hatten bereits in ihren Anträgen ausführlich ihre beabsichtigten Maßnahmen und Leistungen darzustellen und zu begründen, inwiefern diese den Förderschwerpunkten des BMGF entsprachen. Dies galt allerdings nicht für Lehrpraxenförderungen, weil bereits in der entsprechenden Sonderrichtlinie die Zielsetzung (praktische Ausbildung angehender Ärzte) eindeutig festgelegt war.

Das BMGF prüfte bereits vor Zusage der Förderung im Gesundheits- bzw. Veterinärbereich, ob das Projekt oder die Maßnahmen (auch bei langjährigen Förderwerbern) den Förderschwerpunkten entsprach und dokumentierte seine Entscheidung.

Eine Überprüfung, ob der Sachbericht mit den in den Anträgen beschriebenen Maßnahmen übereinstimmte, fand nach Projektabschluss insoweit statt, als das BMGF Abrechnungen, die nicht den Förderzwecken entsprachen, nicht anerkannte bzw. eine Klarstellung vom Fördernehmer einforderte.

Organisation der Förderabwicklung

12.2 Der RH hielt fest, dass für eine wirksame Kontrolle von Förderprojekten sowohl eine umfassende Kontrolle im Rahmen der Fördervergabe als auch eine umfassende Nachkontrolle notwendig war. Er empfahl somit dem BMGF, zusätzlich im Rahmen der Projektabrechnung zu überprüfen, ob der Sachbericht mit den in den Anträgen angeführten Maßnahmen übereinstimmt, und dies entsprechend zu dokumentieren.

12.3 *Laut Stellungnahme des BMGF werde sehr wohl bei der Projektabrechnung überprüft, ob der Fördernehmer die im Förderantrag angegebenen Tätigkeiten durchgeführt habe. Dies erfolge sowohl durch die Überprüfung der Belege als auch den Sachbericht.*

13.1 (1) Gemäß den Förderverträgen hatten die Förderwerber dem BMGF nach Projektende einen Sachbericht und zahlenmäßige Nachweisungen vorzulegen, die das BMGF überprüft. Eine gesamthafte Evaluierung hinsichtlich der Wirkung der geförderten Projekte und Maßnahmen – wie in den Rahmenrichtlinien 2014 vorgesehen – führte das BMGF nicht durch. In Einzelfällen evaluierte das BMGF die Wirkung der gesetzten Maßnahmen anhand statistischer Auswertungen, die sich im Wesentlichen auf Vorjahresvergleiche beschränkten.

(2) Gemäß den Rahmenrichtlinien 2004 und 2014¹⁹ waren nicht verbrauchte Fördermittel unter Verrechnung von Zinsen in der Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweils geltenden Basiszinssatz pro Jahr ab dem Tag der Auszahlung der Förderung unverzüglich zurückzufordern.

Wie der RH feststellte, forderte das BMGF im überprüften Zeitraum rd. 145.000 EUR an nicht verbrauchten Fördermitteln zurück. Die dafür vorgesehenen Zinsen verrechnete das BMGF nicht (siehe TZ 18).

(3) Die Entlastung eines Lehrpraxisinhabers erfolgte durch die Vorlage der An- und Abmeldung des Praktikanten bei der zuständigen Gebietskrankenkasse, eines Nachweises des Lohnkontos und des Zeugnisses über die absolvierte Ausbildung. Den Nutzen dieser Förderung hatte das BMGF nicht erhoben.

13.2 (1) Der RH bemängelte, dass das BMGF im Anschluss an gewährte Förderungen keine Evaluierung hinsichtlich der Wirkung der Förderungen – wie in den Rahmenrichtlinien 2004 und 2014 vorgesehen – vornahm (siehe TZ 3 und 4). Er empfahl daher dem BMGF, in allen Förderbereichen

¹⁹ § 29 Rahmenrichtlinien 2004, § 43 Rahmenrichtlinien 2014

Evaluierungen durchzuführen und diese als Entscheidungsgrundlage für die Gewährung weiterer Förderungen heranzuziehen.

(2) Der RH kritisierte, dass das BMGF – entgegen den Bestimmungen der Rahmenrichtlinien – keine Zinsen im Falle der Rückforderung von Fördermitteln verrechnete und empfahl dem BMGF, hinkünftig neben dem Rückzahlungsbetrag auch die vorgesehenen Zinsen einzufordern.

(3) Der RH kritisierte, dass das BMGF den Nutzen der Förderung der Lehrpraxen nicht evaluierte. Er empfahl dem BMGF im Hinblick auf die „Ärzteausbildung Neu“ und die Qualität der Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen, den Nutzen dieser Förderungen zu evaluieren.

- 13.3** *Das BMGF teilte mit, dass eine entsprechende Prüfung bei den Förderungen im Suchtmittelbereich erfolge. Voraussetzung für eine Förderempfehlung der Fachabteilung sei die Feststellung, dass die Prüfung des standardisiert erfolgenden Berichts über das Vorjahr ergeben habe, dass die für die Kundmachung gemäß § 15 SMG ausschlaggebend gewesenen Kriterien nach wie vor gegeben und die Daten des Vorjahres zur Behandlungsnachfrage übermittelt worden sind.*

Im Rahmen der Förderungen der AIDS-Hilfe-Vereine würden nur in seltenen Ausnahmefällen nicht alle Fördermittel verbraucht. In der Mehrheit der Fälle komme es bezüglich der Förderungen zu Gesamtentlastungen. Die Empfehlung des RH, künftig bei der Rückforderung von Fördermitteln gemäß den Rahmenrichtlinien auch Zinsen zu verrechnen, werde berücksichtigt werden.

Laut Stellungnahme des BMGF erfolge eine gesonderte Evaluierung einer Förderung, sofern dies aufgrund der Höhe und Eigenart der jeweiligen Förderung sinnvoll erscheine. Ansonsten bestehe die „Evaluierung“ aus der Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung der Förderung anhand der vorgelegten Abrechnungsunterlagen, was sich auch mit den Bestimmungen der Rahmenrichtlinien decke. Eine gesamthafte Evaluierung werde in Zukunft in jenen Bereichen erfolgen, wo die Erstellung einer Sonderrichtlinie geplant ist.

Nutzen und Ziel der Lehrpraxisförderung seien, Turnusärzten die Absolvierung eines Teiles der postpromotionellen Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen einer Lehrpraxis zu ermöglichen. Im Rahmen der „Ärzteausbildung neu“ sei zurzeit noch nicht abzusehen, wie und durch wen die Lehrpraxisförderung in Zukunft geregelt und abgewickelt wird.

Das BMGF werde im Rahmen seiner Möglichkeiten dazu beitragen, die Anregungen des RH entsprechend einzubringen und zu berücksichtigen.

Einzelne Förderprojekte

Bereich Gesundheitsförderung

14.1 Das BMGF veröffentlichte auf seiner Homepage zu den Förderschwerpunkten auch die grundlegenden Fördervoraussetzungen und das Abwicklungsprozedere gemäß den Rahmenrichtlinien. Das BMGF legte intern keine Frist fest, bis wann ein Förderwerber ein Förderansuchen im BMGF einbringen musste; der Finanzierungszeitraum begann grundsätzlich erst mit dem Einlangen des Förderansuchens. Kosten, die davor im laufenden Kalenderjahr entstanden waren, waren nach den Fördervoraussetzungen nicht anzuerkennen.

Eine Überprüfung der Förderansuchen bzw. -abrechnungen ergab, dass ein Förderwerber im laufenden Kalenderjahr sein Ansuchen einbrachte, das BMGF aber bei der Abrechnung der förderungswürdigen Leistungen entgegen der Fördervoraussetzungen Kosten aus dem gesamten Kalenderjahr anerkannte.

Ein Therapiezentrum erhielt jährliche Förderungen in Höhe von 175.000 EUR, um Einrichtungen zur Beratung und Betreuung von Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch gemäß § 16 SMG zu betreiben, sowie weitere jährliche Förderungen in Höhe von 285.000 EUR für die „Suchtpräventionsforschung und -dokumentation inklusive Entwicklung einer österreichischen Suchtpräventionsstrategie“.

Dieses Therapiezentrum suchte erst nach mehrmaliger Urgenz durch das BMGF Mitte Oktober 2014 um eine Förderung für das laufende Kalenderjahr an, wobei es die vorzulegenden Unterlagen – ebenfalls erst nach mehrmaliger Urgenz durch das BMGF – nachreichte. Das BMGF sagte im November 2014 unter Berücksichtigung der angespannten Budgetsituation eine Förderung von 256.500 EUR zu, dieser Betrag wurde im Dezember 2014 durch eine Zusatzsubvention von 28.500 EUR auf insgesamt 285.000 EUR für das gesamte Jahr 2014 aufgestockt.

14.2 Der RH kritisierte, dass das BMGF entgegen den grundlegenden Fördervoraussetzungen – Förderung der nach dem einlangenden Ansuchen angefallenen Kosten – die Leistungen des gesamten Kalenderjahres förderte. Weiters kritisierte er, dass das BMGF trotz angespannter Budgetlage ein Förderansuchen eines Therapiezentrums urgier und in der Folge die gekürzte Förderung nachträglich aufgestockt hatte. Nach Ansicht des RH signalisierte die Tatsache, dass das BMGF den „Förderwerber“ an das Förderansuchen erinnern musste, keinen dringenden Bedarf an der Förderung.

Der RH empfahl daher dem BMGF, gemäß seinen eigenen Vorgaben förderwürdige Kosten erst ab dem Zeitpunkt des Einlangens eines Ansuchens und der Vorlage aller erforderlichen Unterlagen zu fördern. Weiters empfahl er dem BMGF, bei (langjährigen) Fördernehmern, die wiederholtermaßen ihre Abrechnungen unvollständig und verspätet vorlegten, weitere Förderungen von der vollständigen Vorlage der ausständigen Abrechnungsunterlagen abhängig zu machen.

- 14.3** *Laut Stellungnahme des BMGF seien ihm die Arbeiten des Therapiezentrums bekannt gewesen, die in der geplanten und mit der Fachabteilung abgestimmten Form seit Jahresbeginn durchgeführt worden seien. Unter diesem Gesichtspunkt sei ausnahmsweise eine rückwirkende Förderungsgewährung erfolgt.*

Das BMGF werde in Zukunft danach trachten, dass Förderanträge fristgerecht eingebracht und in Einzelfällen die Ausnahmen bereits im Votum plausibel und nachvollziehbar begründet werden.

Die Verknüpfung einer erneuten Förderung mit der vollständigen Vorlage der ausständigen Abrechnungsunterlagen erscheine laut Stellungnahme des BMGF nicht praktikabel. Bei laufenden Förderungen sei es für die Planungssicherheit der Förderwerber sinnvoll, ihnen ehestmöglich verbindlich mitzuteilen, mit welchem Betrag sie im laufenden Jahr rechnen können.

- 14.4** Dem RH war das Spannungsfeld zwischen der Planungssicherheit für die Förderwerber und der ordnungsgemäßen Einhaltung formaler Abläufe bewusst. Er hielt aber fest, dass eine zeitgerechte Abgabe auch im Sinne des BMGF sein musste. Deshalb hätte das BMGF die Förderwerber hierzu anzuhalten und etwaige Konsequenzen aufzuzeigen.

AIDS-Hilfe Vereine

- 15.1** Eine wesentliche Aufgabe der sieben eigenständigen AIDS-Hilfe Vereine²⁰ war die AIDS-Prävention in Form von Beratung und Aufklärung. Zur Durchführung dieser Tätigkeiten erhielten die AIDS-Hilfe Vereine – wie im AIDS-Gesetz vorgesehen – Förderungen des BMGF, um die laufenden Ausgaben (Personal- und Betriebsausgaben) decken zu können.

Die ausbezahlten Förderungen des BMGF entwickelten sich von 2010 bis 2014 wie folgt:

²⁰ Für Wien, Niederösterreich und das Burgenland gab es einen gemeinsamen AIDS-Hilfe Verein.

Einzelne Förderprojekte

Tabelle 2: Förderungen der AIDS-Hilfe Vereine						
	2010	2011	2012	2013	2014	2010 bis 2014
	in 1.000 EUR					
Kärnten	140	140	140	155	140	715
Oberösterreich	339	333	333	367	333	1.705
Salzburg	299	294	300	331	300	1.524
Steiermark	288	288	288	310	288	1.461
Tirol	219	219	219	241	219	1.117
Vorarlberg	199	199	199	211	244	1.052
Wien	1.169	1.169	1.282	1.288	1.169	6.077
Summe	2.653	2.642	2.760	2.903	2.693	13.651

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: BMGF; BRA; RH

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, förderte das BMGF die AIDS-Hilfe Vereine in diesen fünf Jahren mit insgesamt 13,65 Mio. EUR. Die Fördersumme blieb über den geprüften Zeitraum relativ konstant. Abweichungen ergaben sich durch Investitionen in die Infrastruktur (Büro, Computer) bzw. durch anfallende Abfertigungszahlungen.

Neben den Förderungen des BMGF erhielten die AIDS-Hilfe Vereine Förderungen von Ländern, Städten und Gemeinden. Insgesamt erhielten die AIDS-Hilfe Vereine von 2010 bis 2014 Förderungen in Höhe von 23,98 Mio. EUR, womit sich der Förderanteil des BMGF auf rd. 57 % des gesamten Fördervolumens belief. Laut Auskunft des BMGF erfolgte keine Abstimmung mit anderen öffentlichen Fördergebern.

15.2 Der RH kritisierte die fehlende inhaltliche und finanzielle Abstimmung mit anderen Gebietskörperschaften bei der Förderung von AIDS-Hilfe Vereinen. Er empfahl dem BMGF, sich hinkünftig im Sinne eines effizienten Einsatzes der öffentlichen Finanzmittel mit den Ländern, Städten und Gemeinden inhaltlich und finanziell bei der Förderung von AIDS-Hilfe Vereinen abzustimmen.

15.3 *Laut Stellungnahme des BMGF sei diesem klar, welche Aktivitäten aus kompetenzrechtlichen Gesichtspunkten aus den Fördermitteln des Bundes nicht bezahlt würden. Die Fördermittel der Länder würden schwerpunktmäßig für diese Bereiche eingesetzt, so dass nur in einem geringen Ausmaß thematische Überschneidungen vorkämen. Dafür eine inhaltliche Abstimmung zu versuchen, erscheine im Hinblick auf den entstehenden Aufwand und die zur Verfügung stehenden Personalressourcen nicht gerechtfertigt. Im Übrigen verweist das BMGF auf die im*

Wesentlichen konstanten Fördermittel des BMGF und dass aufgrund der Budgetsituation kein besonderer Spielraum bestehe.

- 15.4** Der RH bezog sich auf die Stellungnahme des BMGF, wonach – wenn gleich in geringerem Maß – thematische Überschneidungen vorkamen; er hielt daher seine diesbezügliche Empfehlung aufrecht. Die Abstimmungsmaßnahmen können sich auf jene Bereiche konzentrieren, in denen solche Überschneidungen bestehen.
- 16.1** Die Fördernehmer hatten gemäß dem abgeschlossenen Fördervertrag jährlich einen Sachbericht zu erstellen und diesen gemeinsam mit einem zahlungsmäßigen Nachweis über die korrekte Mittelverwendung bis 30. April des Folgejahres an das BMGF zu übermitteln. Wie der RH feststellte, hielten nicht alle AIDS-Hilfe Vereine diese Frist ein. Sie verzögerte sich in einem Fall²¹ bis September des Folgejahres. Laut Auskunft des BMGF forderte es die fehlenden Abrechnungen ein; dies war aber nicht schriftlich dokumentiert.
- 16.2** Der RH kritisierte, dass das BMGF die Urgenzen an die Fördernehmer, die laut Fördervertrag zu erbringenden Nachweise ein- bzw. nachzureichen, nicht nachweislich dokumentiert hatte. Der RH empfahl somit dem BMGF, auf eine fristgerechte Abgabe der Förderabrechnungen hinzuwirken und dies nachweislich zu dokumentieren.
- 16.3** *Laut Stellungnahme des BMGF würden die Sachberichte aller AIDS-Hilfe-Vereine zeitnah zu der im Fördervertrag gesetzten Frist vorgelegt. Die Belege hingegen würden aufgrund des Prüfungsumfanges sequenziell vorgelegt. Die Empfehlung des RH werde beachtet werden und es werde künftig darauf geachtet, die Anforderungen der Unterlagen nachweislich zu dokumentieren.*
- 17.1** Die übermittelten Nachweise unterzog das BMGF einer sachlichen Überprüfung dahingehend, ob die AIDS-Hilfe Vereine die Fördermittel widmungsgemäß verwendeten. Die rechnerische Überprüfung oblag der BHAG. Nach Feststellung der Richtigkeit der Nachweise erteilte das BMGF die Gesamtentlastung an den jeweiligen AIDS-Hilfe Verein. Bei Unklarheiten verlangte das BMGF für einzelne Ausgaben (z.B. Personalausgaben) zusätzliche Nachweisungen, was teilweise zu sehr langen Bearbeitungszeiträumen führte. So waren zur Zeit der Gebarungsprüfung im Juli 2015 für einen AIDS-Hilfe Verein²² die Abrechnungen

²¹ Kärnten 2014

²² Wien

Einzelne Förderprojekte

für die Förderungen von 2012 und 2013 noch immer nicht vollständig abgeschlossen, wodurch keine Klarheit über allfällige Rückforderungen bestand.

Sämtliche bis zur Anerkennung der Förderungen des Vorjahres ausbezahlte Beträge durften lt. Fördervertrag nur in Form eines Vorschusses erfolgen.

17.2 Der RH erachtete die genaue Überprüfung der Nachweise im Hinblick auf die geforderte Abrechnungsqualität als zweckmäßig. Allerdings beurteilte er in manchen Fällen die über mehrere Jahre gehenden Abrechnungszeiträume als unverhältnismäßig lang. Dies insbesondere deshalb, weil lt. Fördervertrag sämtliche, bis zur Anerkennung der Förderungen des Vorjahres ausbezahlte Beträge nur in Form eines Vorschusses erfolgen durften und es darüber hinaus keine Klarheit über allfällige Rückforderungen gab. Der RH empfahl dem BMGF, auf eine Verkürzung der Bearbeitungszeiten unter Aufrechterhaltung der Abrechnungsqualität hinzuwirken.

17.3 *Das BMGF teilte mit, dass es in seinem Sinne sei, die Bearbeitungsdauer von Förderungsabrechnungen so kurz wie möglich zu halten, ohne dabei an Abrechnungsqualität zu verlieren. Bei nicht fristgerechter Vorlage erfolge eine sofortige Urgenz der Abrechnungsunterlagen. Die Abrechnungsdauer hänge auch von externen Faktoren (z.B. Belege befinden sich bei anderen Fördergebern) ab und diese könnten nicht direkt vom BMGF beeinflusst werden. Soweit dem BMGF Einflussmöglichkeit zukomme, werde die Anregung umgesetzt werden.*

18.1 Gemäß den Rahmenrichtlinien 2004 waren nicht verbrauchte Fördermittel unter Verrechnung von Zinsen²³ unverzüglich zurückzufordern (siehe TZ 13). Wie die Innenrevision des BMGF in ihrem Bericht „Revision der Fördertätigkeit des BMGF im Bereich der AIDS-Hilfe“ 2013 festgestellt hatte, kam es bei einem AIDS-Hilfe Verein²⁴ zu nicht verbrauchten Fördermitteln in Höhe von 6.371,89 EUR. Laut Berechnung der Innenrevision hätte das BMGF auch Zinsen in Höhe von 1.134,82 EUR vom Fördernehmer einfordern müssen, was allerdings nicht geschah.

18.2 Der RH kritisierte, dass das BMGF entgegen den Bestimmungen der Rahmenrichtlinien keine Zinsen bei Rückforderungen von nicht verbrauchten Fördermitteln einforderte und verwies auf die Innenrevision

²³ zwei Prozentpunkte über dem jeweils geltenden Basiszinssatz

²⁴ Salzburg

des BMGF. Er empfahl daher dem BMGF, hinkünftig die Rahmenrichtlinien dahingehend zu beachten und bei Rückforderungen von Fördermitteln Zinsen zu verrechnen.

18.3 *Laut Stellungnahme des BMGF würden im Rahmen der Förderungen der AIDS-Hilfe-Vereine nur in seltenen Ausnahmefällen nicht alle Fördermittel verbraucht. In der Mehrheit der Fälle komme es bezüglich der Förderungen zu Gesamtentlastungen. Die Empfehlung des RH, künftig bei der Rückforderung von Fördermitteln gemäß den Allgemeinen Rahmenrichtlinien auch Zinsen zu verrechnen, werde berücksichtigt werden.*

19.1 Laut den Rahmenrichtlinien 2014 waren nach Abschluss einer geförderten Leistung Evaluierungen dahingehend durchzuführen, inwieweit die mit der Fördergewährung angestrebten Ziele erreicht wurden (siehe TZ 4). Für die AIDS-Hilfe Vereine entwickelte das BMGF ein „Balanced Score Card“ Modell zur jährlichen Evaluierung dieser Vereine. Dabei erfasste das BMGF – ausgehend von den Quartalsberichten der AIDS-Hilfe Vereine – die wesentlichen Tätigkeiten der Vereine statistisch nach einzelnen Leistungskategorien („Kunde/Markt“, „Finanzen“, „Prozesse“, „Lernen & Entwickeln“). Laut Auskunft des BMGF seien die Auswertungen dieses „Balanced Score Card“ Modells den AIDS-Hilfe Vereinen kommuniziert worden.

Das BMGF führte jährliche Überprüfungen der Gebarung und der Tätigkeit der AIDS-Hilfe Vereine vor Ort durch. Gesamthafte Evaluierungen, z.B. welche Auswirkungen die Tätigkeit der AIDS-Hilfe Vereine auf die AIDS-Problematik in Österreich hatte, enthielten diese Berichte ebensowenig wie genderdisaggregierte Auswertungen.

19.2 Der RH erachtete die vom BMGF vorgenommene Auswertungsmethode („Balanced Score Card“ Modell) als einen zweckmäßigen Ansatz, um die Leistungen der AIDS-Hilfe Vereine beurteilen und vergleichen zu können. Allerdings vermisste der RH eine Gesamtbetrachtung der von den AIDS-Hilfe Vereinen erbrachten Leistungen im Hinblick auf die tatsächliche Wirkung sowie genderdisaggregierte Auswertungen. Er empfahl dem BMGF, eine entsprechende Gesamtbetrachtung vorzunehmen und die wichtigsten Kennzahlen genderdisaggregiert aufzubereiten.

19.3 *Das BMGF teilte mit, dass die genauere Untersuchung der von den AIDS-Hilfe-Vereinen erbrachten Leistungen weitere finanzielle Ressourcen erforderlich mache. Überdies müssten die dafür erforderlichen Daten ressourcenschonend von den Vereinen erhoben werden können. Dem Aspekt der Genderdisaggregation werde künftig bewusster Rech-*

Einzelne Förderprojekte

nung getragen, bzw. werde diese Thematik, die in der Arbeit der AIDS-Hilfen eine große Rolle spiele, künftig ergänzend dargestellt werden. Die Daten dazu seien vorhanden.

Bereich
Suchtprävention

- 20** Gemäß §§ 15 und 16 des SMG konnten Einrichtungen oder Vereinigungen, die Personen im Hinblick auf Suchtgiftmisbrauch berieten und betreuten, vom Bund unter der Voraussetzung gefördert werden, dass andere Gebietskörperschaften zumindest gleich hohe Zuschüsse gewährten.

Förderungen erhielten gemäß § 15 SMG anerkannte Einrichtungen²⁵ sowie sonstige mobile und stationäre Suchtpräventionseinrichtungen.

Das BMGF stellte Fördermittel sowohl für die Primär- als auch für die Sekundärprävention zur Verfügung. Unter Primärprävention verstand das BMGF eine nachhaltig strukturierte Förderung im gesamten Bundesgebiet. In den Ländern veranstalteten die Fachstellen für Suchtprävention²⁶ Lehrgänge oder Workshops für Suchtprävention an Schulen oder beim Bundesheer. Unter Sekundärprävention verstand das BMGF Förderungen mit Projektcharakter, wie z.B. in Wien das Projekt „check it“²⁷.

- 21.1** Die Tätigkeit des BMGF im Bereich der Suchtprävention leitete sich sowohl vom Auftrag der Bundesregierung (siehe TZ 6) als auch aus der im Jahr 2013 veröffentlichten Delphi-Studie ab. Diese Studie diente der Vorbereitung einer „Nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“.

Durch die Förderung der Suchtprävention sollte der Konsum psychoaktiver Substanzen so gering wie möglich gehalten und Menschen mit einer Suchtproblematik sozial (re)integriert werden. Quantifizierbare Ziele für den Bereich der Suchtprävention (z.B. in Form von Wirkungszielen) waren nicht schriftlich festgelegt.

- 21.2** Der RH hielt kritisch fest, dass das BMGF auch im Bereich der Suchtprävention über keine schriftlich dokumentierten und quantifizierbaren Ziele verfügte. Er empfahl daher dem BMGF, derartige Ziele schrift-

²⁵ 2014 wurden von 108 anerkannten Einrichtungen 43 Einrichtungen gefördert.

²⁶ Die Fachstellen waren im Wesentlichen als Verein oder gemeinnützige GmbHs organisiert.

²⁷ Bei diesem Projekt sprachen Berater das Zielpublikum bei einschlägigen Veranstaltungen (z.B. Rave-Parties) direkt an und nahmen auf Wunsch chemische Analysen der Inhaltsstoffe von psychoaktiven Substanzen vor.

lich festzulegen (siehe TZ 7) und mit Indikatoren zu hinterlegen, um den Grad der Zielerreichung feststellen zu können.

21.3 *Laut Stellungnahme des BMGF seien die Wirkungsziele der Suchtprävention in der Österreichischen Suchtpräventionsstrategie definiert worden. Quantifizierbare Ziele und Indikatoren würden in der Suchtprävention in Bezug auf einzelne Maßnahmen keinen Sinn machen. Es sei in der Suchtprävention aufgrund zahlreicher unkontrollierbarer und konkurrierender Einflüsse nicht möglich, die Effektivität von einzelnen Maßnahmen nachzuweisen und mit Statistiken zu belegen.*

21.4 Der RH verkannte nicht die Schwierigkeiten bei der Messung der Effektivität von Suchtpräventionsmaßnahmen; ein sinnvolles und quantifizierbares Ziel für die Wirkung von Suchtprävention wäre z.B. ein Anstieg bei der Inanspruchnahme von Entwöhnungsangeboten.

22.1 Die Förderabwicklung im Suchtmittelbereich entsprach der in TZ 9 dargestellten Vorgangsweise. Nach Genehmigung durch den BM für Gesundheit informierte das BMGF die Förderwerber über die in Aussicht gestellte Förderung. Diese Information erhielten gleichzeitig auch die Drogenkoordinatoren der Bundesländer. Danach erfolgte der Vertragsabschluss zwischen dem BMGF und der jeweiligen Einrichtung sowie die Auszahlung des Förderbetrags.

In Einzelfällen betrug der Zeitraum bis zur vollständigen Abrechnung einer Förderung bis zu zwei Jahre, u.a. bedingt durch die Dauer der Berichterstellung vonseiten der geförderten Institutionen und die Dauer der Abrechnungen durch die Länder.

22.2 Auch im Suchtpräventionsbereich sah der RH die in Einzelfällen festgestellte lange Bearbeitungsdauer der Förderabrechnung bis zur endgültigen Entlastung der Fördernehmer kritisch. Er empfahl dem BMGF, auf eine Verkürzung der Bearbeitungsdauer unter Aufrechterhaltung der Abrechnungsqualität hinzuwirken (siehe TZ 17).

22.3 *Das BMGF teilte mit, die Abrechnungsdauer sei auch von externen Faktoren abhängig; die Vorgangsweise bei Förderungen im Suchtpräventionsbereich sei mit den Ländervertretern im Bundesdrogenforum abgestimmt und werde als effizient erachtet, weshalb es keiner Änderung bedürfe.*

22.4 Der RH entgegnete, dass sich seine Kritik auf die von ihm festgestellten Einzelfälle bezog. Solche wären in Zukunft durch eine Verkürzung

Einzelne Förderprojekte

der Bearbeitungsdauer unter Aufrechterhaltung der Abrechnungsqualität zu vermeiden.

- 23 Das BMGF zahlte im überprüften Zeitraum rd. 9,40 Mio. EUR an Fördergeldern aus, von denen rd. 80 % in den Bereich Prävention und rd. 20 % an stationäre Einrichtungen flossen.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der ausbezahlten Förderungen:

Tabelle 3: Förderungen Suchtprävention						
	2010	2011	2012	2013	2014	2010 bis 2014
	in 1.000 EUR					
ausbezahlte Fördersumme	2.017	1.959	1.658	2.112	1.658	9.404
davon						
<i>ambulant</i>	n.v. ¹	n.v. ¹	1.154	1.502	1.157	3.813
<i>stationär</i>	n.v. ¹	n.v. ¹	322	397	322	1.041
sonstige Einrichtungen ²	n.v. ¹	n.v. ¹	182	213	179	574
Bundesvoranschlag	2.058	2.058	2.058	1.858	1.858	9.890

¹ Durch eine Änderung der Datenerfassung waren die Werte erst ab 2012 detailliert verfügbar.

² Fachtagungen, Präventionseinrichtungen, etc.

Quellen: BMGF; RH

Zwischen 2010 und 2014 sanken die vom BMGF ausbezahlten Fördergelder für den Suchtpräventionsbereich von rd. 2,02 Mio. EUR auf rd. 1,66 Mio. EUR. Die Erhöhung im Jahr 2013 war auf eine einmalige Abgeltung der Teuerungsrate der vergangenen Jahre zurückzuführen.

Im Jahr 2014 verteilte sich die Fördersumme von rd. 1,66 Mio. EUR anhand der verfügbaren epidemiologischen Daten auf die einzelnen Länder folgendermaßen:

Tabelle 4: Verteilung auf die Länder 2014		
	in EUR	in %
Burgenland	33.000	2,0
Kärnten ¹	79.000	4,8
Niederösterreich	285.900	17,2
Oberösterreich	205.400	12,4
Salzburg	71.900	4,3
Steiermark	129.400	7,8
Tirol	117.500	7,1
Vorarlberg	99.000	6,0
Wien	636.900	38,4

¹ einschließlich 16.000 EUR für Fachtagung

Quellen: BMGF; RH



Einzelne Förderprojekte



Förderungen des BMGF

- 24.1** Die Fördermöglichkeiten waren im SMG geregelt; dort waren die förderfähigen Bereiche inhaltlich definiert. Eine finanzielle Abstimmung zwischen den Fördereinrichtungen führte das BMGF nicht durch. Im Förderantrag mussten die Förderwerber alle weiteren Fördergeber inklusive der zu erwartenden Fördersumme anführen (siehe TZ 10).
- 24.2** Der RH stellte kritisch fest, dass das BMGF keine finanzielle Abstimmung mit anderen Fördereinrichtungen durchgeführt hatte. Er empfahl dem BMGF, auch im Suchtpräventionsbereich eine finanzielle Abstimmung mit anderen Fördergebern vorzunehmen.
- 24.3** *Das BMGF teilte mit, dass eine Abstimmung mit Vertretern der Bundesländer im Bundesdrogenforum erfolge. Den Drogenkoordinatoren sei der auf der Landesebene jeweils zu erwartende Betrag bekannt gewesen. Ab dem nächsten Jahr werde auch die Verteilung der verfügbaren Fördermittel auf Einrichtungsebene in einer mit den Ländern abgestimmten Form erfolgen.*

- 25.1** Das BMGF beobachtete laufend die Drogensituation in Österreich anhand der Kennzahlen aus dem einheitlichen „Dokumentations- und Berichtssystem zu den Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogeneinrichtungen“, auf die es sich auch in den eigenen, veröffentlichten Berichten bezog.

Diese Daten zeigten (im Vergleichszeitraum 2004 und 2013) einen starken Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre und eine Halbierung der Zahl bei den unter 25-Jährigen. Gleichzeitig erhöhte sich die Anzahl der Substitutionsbehandlungen; jene der Drogentoten und Verurteilungen wegen Drogendelikten war rückläufig. Nach Ansicht des BMGF war diese positive Entwicklung auch auf seine Fördertätigkeit im Bereich der Suchtmittelprävention zurückzuführen.

- 25.2** Der RH erachtete die laufende Beobachtung der Drogensituation durch das BMGF als zweckmäßig. Er bemängelte aber das Fehlen von schriftlich dokumentierten und quantifizierbaren Zielen, die für eine Evaluierung erforderlich sind (siehe TZ 21). Er empfahl dem BMGF, weiterhin mit gezielten Fördermaßnahmen auf eine weitere Senkung des Drogenmissbrauchs hinzuwirken.

Bereich Lehrpraxenförderung

- 26.1** Das BMGF förderte Lehrpraxen bereits seit dem Jahr 1987. Die Lehrpraxenförderung ermöglichte angehenden Allgemeinmedizinerinnen eine praxisorientierte Ausbildung im Rahmen von Lehrpraxen bei einem nie-

Einzelne Förderprojekte

dergelassenen Arzt. Gerade für die Primärversorgung der Bevölkerung war eine praxisorientierte Ausbildung von besonderer Bedeutung.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Förderungen der Lehrpraxen von 2010 bis 2014.

Tabelle 5: Förderungen Lehrpraxen						
	2010	2011	2012	2013	2014	2010 bis 2014
	in 1.000 EUR					
Lehrpraxen	868	804	726	721	574	3.693

Quellen: BMGF, BRA; RH

Das BMGF förderte die Lehrpraxen im Zeitraum von 2010 bis 2014 mit insgesamt rd. 3,69 Mio. EUR.

Für die Lehrpraxenförderung bestand eine eigene Sonderrichtlinie (siehe TZ 5), wonach das BMGF die Förderung²⁸ wahlweise für drei oder sechs Monate gewährte (Förderbetrag rd. 1.300 EUR pro Monat). Die Abrechnungen erfolgten zeitnah; in einem Fall²⁹ forderte das BMGF die bereits geleisteten Fördermittel in Höhe von rd. 8.000 EUR zurück. Eine Evaluierung hinsichtlich der Wirkung dieser Förderungen hatte das BMGF bislang nicht durchgeführt (siehe TZ 13).

26.2 Der RH kritisierte die bislang noch nicht durchgeführte Evaluierung der Lehrpraxenförderungen hinsichtlich ihrer Wirkung und empfahl dem BMGF im Hinblick auf die „Ärzteausbildung Neu“ und die Qualität der Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen, diese Förderung zu evaluieren.

26.3 *Das BMGF führte in seiner Stellungnahme an, dass es Nutzen und Ziel der Lehrpraxisförderung sei, Turnusärzten die Absolvierung eines Teiles der postpromotionellen Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen einer Lehrpraxis zu ermöglichen. Im Rahmen der „Ärzteausbildung neu“ sei zurzeit noch nicht abzusehen, wie und durch wen die Lehrpraxisförderung in Zukunft geregelt und abgewickelt wird.*

Das BMGF werde im Rahmen seiner Möglichkeiten dazu beitragen, die Empfehlungen des RH entsprechend einzubringen und zu berücksichtigen.

²⁸ Die Förderanträge waren von den Förderwerbern bei der jeweils zuständigen Ärztekammer einzubringen, der auch die formale Prüfung oblag.

²⁹ Der Praktikant leistete 30 anstatt der in den Sonderrichtlinien festgelegten 35 Wochenstunden.



Einzelne Förderprojekte



Förderungen des BMGF

Bereich Veterinär-
wesen

Überblick

27 Von 2010 bis 2014 gewährte das BMGF folgende Förderungen – in Höhe von insgesamt rd. 3,10 Mio. EUR – für das Veterinärwesen:

Tabelle 6: Förderungen Veterinärbereich						
	2010	2011	2012	2013	2014	2010 bis 2014
	in 1.000 EUR					
Veterinärwesen	432	505	650	749	663	2.999
Gentechnologie	5	5	5	40	42	97
ausbezahlte Summe	437	510	655	789	705	3.096
Bundesvoranschlag	464	908	728	526	760	3.386

Quellen: BMGF, BRA; RH

Bewusstseinsbildung: Tierschutz

28.1 Das BMGF³⁰ förderte im Wesentlichen einen Verein, der Aktivitäten für den Tierschutz und eine artgerechte Tierhaltung im Sinne des Tierschutzgesetzes in folgenden Bereichen setzte:

- Informationen über Tiere (mit unterschiedlichen Schwerpunkten) in Kindergärten und Schulen;
- Fortbildungsveranstaltungen für pädagogisches Personal und
- Zusammenarbeit und Informationsaustausch auf internationaler und europäischer Ebene.

Der Verein legte dem BMGF im jährlichen Ansuchen um Förderung einen Kalkulationsplan für das Folgejahr vor. Diesem war eine Aufstellung über die erhaltenen Förderungen der vergangenen fünf Jahre beigefügt.

Im Gegensatz zu den Anträgen im Bereich der Gesundheitsförderung mussten Förderwerber im Veterinärbereich bekannt geben, ob sie auch bei anderen Organisationseinheiten bzw. Rechtsträgern Förderungen beantragt hatten. Aufgrund dieser Zusatzinformationen erhielt das BMGF Kenntnis über allfällige Mehrfachförderungen.

28.2 Der RH erachtete die Projektanträge für die Förderungen im Veterinärbereich als umfangreich, transparent und nachvollziehbar. Er empfahl

³⁰ wie im § 2 Tierschutzgesetz vorgesehen

Einzelne Förderprojekte

dem BMGF, diese Projektanträge für andere Fördernehmer als Benchmark heranzuziehen.

28.3 *Laut Stellungnahme des BMGF würden für die sonstigen Förderungen des BMGF genau die gleichen Informationen abgefragt. Alle Förderanträge des BMGF seien dem Grund nach gleich aufgebaut, um den Vorgaben der Rahmenrichtlinien zu entsprechen und alle für eine profunde Beurteilung benötigten Unterlagen zu erhalten. Die Anregung des RH könne daher nicht nachvollzogen werden.*

28.4 Der RH entgegnete, dass er lediglich die Darstellung der Rechnungsabschlüsse eines Vereins als besonders umfangreich, transparent und nachvollziehbar hervorgehoben habe, die als Benchmark für andere Fördernehmer herangezogen werden.

Gnadenhof für Tiere

29.1 Nach Beendigung von Tierversuchen für die biomedizinische Forschung durch ein Pharmazieunternehmen war die Betreuung und Pflege der erkrankten Tiere erforderlich. Um diese Tiere im Sinne des Tierschutzes weiter zu versorgen und in einem Gnadenhof artgerecht zu halten, schlossen das Land Niederösterreich, der Bund (vertreten durch das BMGF), eine Privatperson und eine Privatstiftung im Dezember 2009 einen Betreuungsvertrag³¹ sowie eine Finanzierungsvereinbarung³² ab, wonach das BMGF für eine Laufzeit von zehn Jahren eine jährliche Zahlung in Höhe von 165.000 EUR zusicherte.³³ Die Privatstiftung wird somit insgesamt 1,65 Mio. EUR erhalten.

Der Abschluss der beiden Vereinbarungen erfolgte nicht nach dem üblichen Prozedere einer Förderabwicklung (siehe TZ 10): So gab es weder Förderantrag noch Fördervertrag. Das BMGF finanzierte seinen jährlichen Anteil aus dem für Fördermittel vorgesehenen Budgetansatz.

29.2 Nach Ansicht des RH handelte es sich im konkreten Fall des Tiergnadenhofs nicht um eine Förderung im klassischen Sinne, weil ein Förderansuchen durch einen Förderwerber fehlte. Darüber hinaus wurde auch kein Fördervertrag, sondern eine zeitlich befristete Finanzierungsvereinbarung zwischen dem BMGF und den beteiligten Einrichtungen abgeschlossen. Da es sich bei den Zahlungen von insgesamt

³¹ Dieser wurde zwischen Gemeinde Gänserndorf, Land Niederösterreich und der Privatstiftung abgeschlossen.

³² Abgeschlossen wurde dieser zwischen Bund, Land Niederösterreich und dem Pharmazieunternehmen.

³³ Laufzeit: bis 2019

1,65 Mio. EUR zur Finanzierung des Tiergnadenhofs um keine Förderung im klassischen Sinne handelte, empfahl der RH dem BMGF, diese im Sinne einer transparenteren Darstellung hinkünftig nicht aus dem für Fördermittel vorgesehenen Budgetansatz zu leisten.

29.3 *Laut Stellungnahme des BMGF handle es sich um ein Anliegen des Tierschutzes gemäß § 2 Tierschutzgesetz, das zu fördern sei. Aufgrund der Komplexität der Finanzierung mit dem üblichen Prozedere einer Förderabwicklung sei keine rechtliche Regelung gefunden worden. Auch wenn die rechtliche Basis eine Finanzierungsvereinbarung sei, handle es sich sinngemäß um eine Förderung.*

29.4 Der RH wiederholte, dass es sich um keine Förderung im klassischen Sinne handelte, und hielt seine Empfehlung im Sinne einer transparenten Darstellung aufrecht.

Förderung eines Vereins im Rettungswesen

30.1 Ein Verein, dessen Tätigkeit dem Rettungswesen³⁴ zuzuordnen war, beantragte in der Regel zu Beginn eines Kalenderjahres eine Förderung beim BMGF, um u.a. die Ausbildung und das Training von Rettungshunden, die Unterbringung der Hundehalter und Trainer sowie Tagungen zu finanzieren. Das BMGF sah sich aufgrund der Bestimmung des § 2 Tierschutzgesetzes³⁵ dafür zuständig und gewährte Förderungen von 20.000 EUR pro Jahr. Darüber hinaus erhielt der Verein weitere 230.000 EUR an Förderungen durch das BMI.

Der Verein erwirtschaftete jährlich Überschüsse, die sich 2014 auf rd. 99.000 EUR beliefen. Die für den Veterinärbereich zuständige Fachabteilung des BMGF hielt dies im Einsichtsweg fest und stellte die Notwendigkeit einer weiteren Förderung durch das BMGF in Frage.

30.2 Der RH kritisierte die zu weite Auslegung des Tierschutzgesetzes bezüglich der Förderwürdigkeit des Vereins durch das BMGF. Weder die Ausbildung, noch das Training von Hunden, noch die Unterbringungskosten der Hundehalter konnten nach Ansicht des RH darunter subsumiert werden. Weiters wies der RH darauf hin, dass für das Rettungswesen die Länder und Gemeinden zuständig waren.

³⁴ Das Rettungswesen war von der Kompetenz des Bundes für das Gesundheitswesen gem. Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG ausgenommen und fiel in die Zuständigkeit der Länder und Gemeinden.

³⁵ Das Tierschutzgesetz sah die Förderung des Tierschutzes für tierfreundliche Haltungssysteme, wissenschaftliche Tierschutzforschung sowie Anliegen des Tierschutzes durch Bund, Länder und Gemeinden vor.

Einzelne Förderprojekte

Der RH empfahl daher dem BMGF, sich von der Förderung dieses Vereins zurückzuziehen.

- 30.3** *Laut Stellungnahme des BMGF bestehe an der im Bereich des Rettungswesens durchgeführten Leistung ein erhebliches öffentliches Interesse; die Förderwürdigkeit sei gegeben. Überdies handle es sich um ein Anliegen des Tierschutzes, das gemäß § 2 Tierschutzgesetz zu fördern sei. Einsparungen beim Budget des BMGF würden bedingen, dass generell die Notwendigkeit von weiteren Förderungen durch das BMGF in Frage gestellt werde.*