



**Der
Rechnungshof**

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Reihe BUND 2016/12

Bericht des Rechnungshofes

**Erstversorgung im
Salzkammergut-Klinikum
Vöcklabruck, im Klinikum
Wels-Grieskirchen sowie
im Krankenhaus der Barm-
herzigen Schwestern Ried**

Förderungen des BMGF

**Rechnungshof
GZ 860.197/002-1B1/16**

Auskünfte

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

Telefon (00 43 1) 711 71 - 8644

Fax (00 43 1) 712 49 17

E-Mail presse@rechnungshof.gv.at**Impressum**

Herausgeber:

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik:

Rechnungshof

Herausgegeben:

Wien, im August 2016



gedruckt nach der Richtlinie „Druckerzeugnisse“ des Österreichischen Umweltzeichens,
Druckerei des Bundesministeriums für Finanzen, UW-Nr. 836



Bericht des Rechnungshofes

**Erstversorgung im Salzkammergut-Klinikum
Vöcklabruck, im Klinikum Wels-Grieskirchen sowie im
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried**

Förderungen des BMGF

Vorbemerkungen

Vorbemerkungen

Vorlage an den Nationalrat

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei zwei Gebarungsüberprüfungen getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), *die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3 und im Kursivdruck)* sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personen-, Berufs- und Funktionsbezeichnungen darauf verzichtet, jeweils die weibliche und die männliche Form zu nennen. Neutrale oder männliche Bezeichnungen beziehen somit beide Geschlechter ein.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes „<http://www.rechnungshof.gv.at>“ verfügbar.



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

Erstversorgung im Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck, im
Klinikum Wels-Grieskirchen sowie im Krankenhaus der
Barmherzigen Schwestern Ried _____ 5

Förderungen des BMGF _____ 153





Bericht des Rechnungshofes

**Erstversorgung im Salzkammergut-Klinikum
Vöcklabruck, im Klinikum Wels-Grieskirchen sowie
im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried**



Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis _____	10
Abkürzungsverzeichnis _____	12

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

Erstversorgung im Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck, im
Klinikum Wels-Grieskirchen sowie im
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried

KURZFASSUNG _____	16
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	31
Ausgangslage und Umfeld _____	33
Allgemeines _____	33
Rechtliche Rahmenbedingungen _____	36
Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz _____	39
Oberösterreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2015 _____	40
Konzepte für ZAE und AEE _____	41
Erstversorgung in den überprüften Krankenanstalten _____	43
Allgemeines _____	43
Entwicklungen im stationären und ambulanten Bereich _____	44

Inhalt



Organisation und räumliche Gestaltung	48
Organisatorische Ausgestaltung der Erstversorgung	48
Räumliche Ausgestaltung	53
Patienten in den Erstaufnahmeeinheiten	56
Patientengruppen	56
Patientenfrequenzen in den Erstaufnahmeeinheiten	59
Patientenströme	62
Beschwerden, Diagnosen	63
Personal	65
Ärztliche und pflegerische Personalausstattung	65
Qualifikation des ärztlichen und pflegerischen Personals	69
Personaleinsatz im Tages- und Nachtverlauf	74
Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit	80
Prozessdarstellungen	80
Ersteinschätzung	83
Patientenstruktur aufgrund der Ersteinschätzung	88
Ärztliche Begutachtung und/oder Behandlung	91
Dokumentation der Zeitmarken	99
Zeitdauer einzelner Prozessabschnitte	102
Leistungsdokumentation	110
Dokumentation ambulanter Leistungen, Ambulanz- Gebührenersätze	110
KAL-Dokumentation – Erstaufnahmeeinheiten	113

Patientenwege nach der Erstaufnahmeeinheit _____	117
Versorgung und/oder Weiterleitung der Patienten _____	117
Verweildauer in den Aufnahmestationen _____	119
Externe und interne Zusammenarbeit _____	122
Zusammenarbeit mit dem Notarzt- und Rettungswesen _____	122
Interne Zusammenarbeit _____	125
Qualitätssicherung _____	129
Ergebnisqualitätsmessung _____	129
Hygienemanagement _____	131
Fehlermeldesysteme _____	134
Patientenbefragungen _____	135
Schlussempfehlungen _____	137
ANHANG Anhang 1 bis 4 _____	145

Tabellen



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Gesamte stationäre Aufnahmen und Frequenzen ambulanter Patienten, 2009 bis 2014 _____	45
Tabelle 2:	Organisation der überprüften Erstaufnahmeeinheiten (EAE)/Aufnahmestationen _____	50
Tabelle 3:	Funktionsflächen der Erstaufnahmeeinheiten (EAE) im Vergleich, Patientenfrequenzen 2014 _____	54
Tabelle 4:	Patientengruppen der Erstaufnahmeeinheiten _____	57
Tabelle 5:	Patientenfrequenzen in den Erstaufnahmeeinheiten _____	60
Tabelle 6:	Beschwerden und Diagnosen, Auswertungsmöglichkeiten _____	63
Tabelle 7:	Durchschnittliche Patientenfrequenzen je Arzt und Pflegekraft (in VZÄ), 2014 _____	66
Tabelle 8:	Ärzte und Pflege in Erstaufnahmeeinheiten im Jahresdurchschnitt _____	67
Tabelle 9:	Personaleinsatz (Ärzte, Pflegekräfte), wochentags und Wochenende, 2014 _____	75
Tabelle 10:	Stündliches Patientenaufkommen pro Arzt, im Durchschnitt 2014 _____	77
Tabelle 11:	Einstufungen und empfohlene maximale Wartezeiten bis Behandlungsbeginn laut MTS _____	84
Tabelle 12:	MTS-Ersteinschätzung in den Erstaufnahmeeinheiten _____	85
Tabelle 13:	Patientenstruktur aufgrund der Ersteinschätzung _____	89
Tabelle 14:	Behandlungsprozess in den Erstaufnahmeeinheiten (EAE) _____	91
Tabelle 15:	Leistungsspektren der Erstaufnahmeeinheiten (EAE) – Regelungen, Leistungen 2014 _____	93

Tabellen

Tabelle 16:	Erfassung von Zeitmarken in den Erstaufnahmeeinheiten (ohne Entlassung)	99
Tabelle 17:	Neuerliche MTS-Einschätzung im KH Vöcklabruck, KH Wels und KH BHS Ried	103
Tabelle 18:	Durchschnittszeit pro MTS-Gruppe und Durchschnitt der oberen 10 % der Wartezeiten vom Abschluss der Ersteinschätzung bis zur ärztlichen Behandlung	106
Tabelle 19:	KH Vöcklabruck, Arztkontakt bis Entlassung, Gesamtaufenthalt (in Stunden, gerundet)	108
Tabelle 20:	Erfassung nach dem Katalog ambulanter Leistungen (KAL)	113
Tabelle 21:	Versorgung/Weiterleitung von Patienten – verfügbare Daten 2014	117
Tabelle 22:	Patientenzahlen und Aufenthaltsdauer nach Stunden in der Aufnahmestation des KH BHS Ried, 1. Quartal und Mai bis Oktober 2014 (gerundet)	120
Tabelle 23:	Zusammenarbeit der Erstaufnahmeeinheiten (EAE) mit dem Notarzt- und Rettungswesen	122
Tabelle 24:	Interne Zusammenarbeit der Erstaufnahmeeinheiten – Regelungen	125
Tabelle 25:	Personalausstattung der Hygieneteams in den KH Vöcklabruck, Wels und BHS Ried	132

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

ABl.	Amtsblatt
Abs.	Absatz
AEE	Ambulante Erstversorgungseinheit
ANS	Aufnahmestation
Art.	Artikel
ÄrzteG 1998	Ärztegesetz 1998
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AVA	Akut Versorgung Aufnahme
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
bspw.	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
CIRS	Critical Incident Reporting System (Fehlermeldesystem)
EAE	Erstaufnahmeeinheit
EKG	Elektrokardiogramm
ERC	European Resuscitation Council
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUR	Euro
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FA	Facharzt
f./ff.	folgende
gespag	Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
Hrsg.	Herausgeber
I-ANS	Interne Aufnahmestation
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IM	Innere Medizin
IMCU	Intermediate Care Unit
KA-AZG	Krankenanstellen-Arbeitszeitgesetz
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstellen und Kuranstalten
KAL	Katalog ambulanter Leistungen

Abkürzungen

leg. cit.	legis citatae (der zitierten Vorschrift)
LGBL.	Landesgesetzblatt
lit.	litera
min.	Minute(n)
Mio.	Million(en)
MTS	Manchester Triage System
Nr.	Nummer
Oö KAG 1997	Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖZPR	Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht
RCU	Respiratory Care Unit
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
SOP	Standard Operating Procedure
TZ	Textzahl(en)
VfGH	Verfassungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
Z	Ziffer
ZAE	Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit(en)
z.B.	zum Beispiel



Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Erstversorgung im Salzkammergut–Klinikum Vöcklabruck, im Klinikum Wels–Grieskirchen sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried

Ein Ziel der Gesundheitsreform 2013 war, die Anzahl der Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten bzw. der Ambulanten Erstversorgungseinheiten zu erhöhen, um nicht erforderliche stationäre Aufenthalte und ambulante Inanspruchnahmen zu vermeiden. Allerdings fehlten im Land Oberösterreich entsprechende – integrierte – Planungen für das gesamte Bundesland sowie die gesetzlich vorgesehenen Festlegungen für solche Einrichtungen im Landes-Zielsteuerungsvertrag.

Die in den überprüften Krankenanstalten bzw. Standorten Vöcklabruck, Wels und Barmherzige Schwestern Ried im Wesentlichen für Akutfälle eingerichteten Erstaufnahmeeinheiten bzw. Aufnahmestationen verzeichneten jedoch deutliche jährliche Steigerungen der Patientenfrequenzen bis zu 17 % (rd. 4.850 Frequenzen). Ein großer Anteil davon hätte nicht notwendigerweise in einer Spitalstruktur versorgt werden müssen.

Die überprüften Erstaufnahmeeinheiten bzw. Aufnahmestationen unterschieden sich vor allem hinsichtlich der räumlichen Ausgestaltung, der personellen Ausstattung und Qualifikation sowie der Aufbau- und Ablauforganisation zum Teil deutlich. Die Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit wurden teilweise nicht eingehalten; wesentliche (Qualitäts)Erfordernisse waren allerdings häufig unklar formuliert. Für Erstaufnahmeeinheiten fehlten insgesamt wichtige Vorgaben (etwa betreffend die Qualifikation des Pflegepersonals). Prozesse und Dokumentation hatten Verbesserungspotenzial; die Datenqualität war in allen überprüften Krankenanstalten unzureichend.

Die Krankenanstalten waren seit Jänner 2014 zur einheitlichen Dokumentation nach dem Katalog ambulanter Leistungen verpflichtet; die entsprechenden Vorgangsweisen der überprüften Krankenanstalten waren allerdings sehr unterschiedlich, wodurch die Leistungen weiterhin nicht vergleichbar waren.

Für den ambulanten Bereich wesentliche, im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 bzw. in den Zielsteuerungsverträgen vereinbarte Qualitätssicherungs-, Planungs- bzw. Steuerungsmaßnahmen – wie etwa eine einheitliche Diagnosedokumentation, ein sektorenübergreifendes Abrechnungsmodell oder ein Modell zur Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich – waren noch nicht in Angriff genommen oder befanden sich erst in der Entwicklungsphase; dadurch waren die vereinbarten Umsetzungsfristen teilweise nicht einhaltbar.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungüberprüfung war es, in drei Krankenanstalten – Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck (KH Vöcklabruck), Klinikum Wels-Grieskirchen am Standort Wels (KH Wels) und Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried (KH BHS Ried) – die rechtlichen und planerischen Rahmenbedingungen bzw. Entscheidungsgrundlagen für die bestehenden Erstversorgungseinrichtungen zu beurteilen, weiters die Aufbau- und Ablauforganisation samt interner sowie externer Zusammenarbeit in diesen Erstversorgungseinrichtungen, das Patienten- und Leistungsspektrum, die Leistungsentwicklungen, die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Übereinstimmung der überprüften Einrichtungen mit im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) bzw. in den krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben festgelegten Kriterien. (TZ 1)

Hintergrund war, dass die Gesundheitsreform 2013 die verstärkte Errichtung von sogenannten Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) – zwei grundsatzgesetzlich seit 2011 vorgesehenen speziellen Betriebsformen für ungeplante Patienten – für geeignet hielt, um medizinisch nicht erforderliche stationäre Aufenthalte und spitalsambulante Inanspruchnahmen zu vermeiden. Der wesentlichste Unterschied zwischen den beiden Betriebsformen war, dass die Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) aus einer ambulanten sowie einer stationären Struktur mit systemisierten Betten bestand und die Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE) als ambu-

lante Einheit je nach Bedarf über sogenannte Funktionsbetten verfügen konnte. (TZ 1)

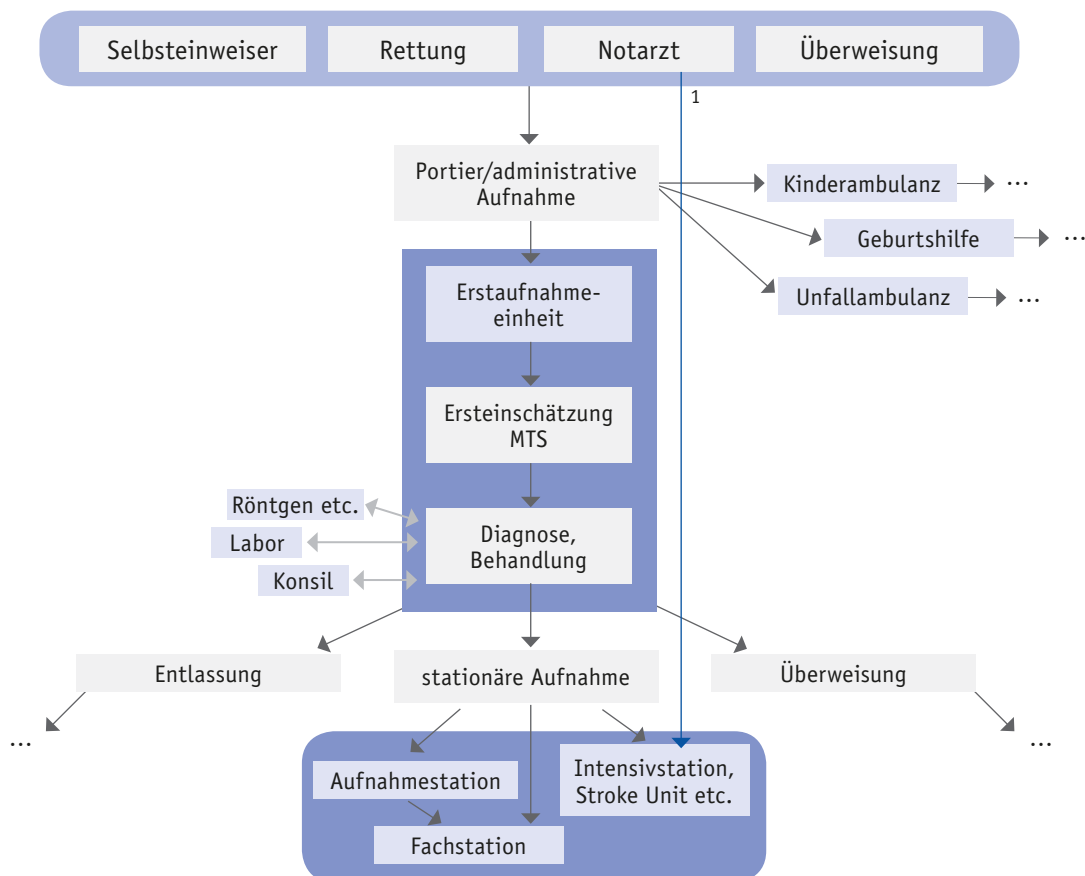
Ausgangslage und Umfeld

Innerhalb Österreichs war 2014 die Krankenhaushäufigkeit in Oberösterreich (252/1.000 Einwohner) am zweithöchsten. Dagegen war die Steigerung bei den ambulanten Patientenzahlen (+ 2,7 %) bzw. bei den ambulanten Frequenzen (+ 0,1 %) in oberösterreichischen Krankenanstalten 2009 bis 2014 im Vergleich zum Österreichschnitt (+ 4,2 % bzw. + 0,6 %) relativ gering. Im Rahmen der 2011 von der Oberösterreichischen Landesregierung beschlossenen Spitalsreform II waren keine Maßnahmen betreffend Erstversorgung von ungeplanten Patienten in Krankenanstalten vorgesehen. (TZ 2)

Alle überprüften Krankenanstalten bzw. Standorte verfügten über eine eigene Aufnahmeeinheit für ungeplante Patienten (Erstaufnahmeeinheit) und eine für solche Patienten eingerichtete Aufnahmestation. Das Leistungsspektrum umfasste in allen drei Erstaufnahmeeinheiten u.a. die entsprechende Basisdiagnostik samt akut notwendigen Therapien. Die Patienten wurden entweder abschließend versorgt oder zur Folgebehandlung im stationären oder ambulanten Bereich weitergeleitet: (TZ 2)

Kurzfassung

Ablaufschema der Patientenbewegungen in Erstaufnahmeeinheiten



MTS = Manchester Triage System, ein standardisiertes, international angewandtes System zur Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit der Patienten

¹ Bei Einlieferung eines Patienten durch den Notarzt erfolgte die administrative Aufnahme gegebenenfalls zu einem anderen Zeitpunkt.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

Die krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen schufen die Möglichkeit, Betriebsformen wie Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) einzurichten; die Krankenanstalten konnten die Erstversorgung von Patienten jedoch weiterhin auch durch andere ambulante Einrichtungen sicherstellen. Für diese Art der Erstversorgung sah der ÖSG – anders als für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) – keine (Qualitäts)Vorgaben vor. (TZ 3)

Das Land Oberösterreich hatte bislang keine Festlegungen betreffend Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) in seinem Landes-Zielsteuerungsvertrag getroffen, obwohl das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz dies ausdrücklich vorsah. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es weiters keinen veröffentlichten Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) für Oberösterreich mit einer integrierten Planung für den stationären und ambulanten/niedergelassenen Bereich. Weder das Land Oberösterreich noch die Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG (gespag) verfügte über Planungen, an welchen Krankenanstaltenstandorten Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) optimalerweise eingerichtet sein sollten, um eine qualitätsgesicherte Patientenversorgung sicherzustellen. (TZ 4 bis 6)

Erstversorgung in den überprüften Krankenanstalten

Am längsten gab es eine Erstaufnahmeeinheit bzw. eine Aufnahmestation im KH Vöcklabruck (seit 1999, im Neubau ab 2004 weitergeführt); danach folgten das KH Wels (seit August 2010) und das KH BHS Ried (seit Juni 2013). In allen überprüften Krankenanstalten gingen der Errichtung der Erstaufnahmeeinheiten verschiedene Erhebungen und Planungen voran; jedoch waren wesentliche Berechnungsparameter (KH Vöcklabruck: räumlich und personell, KH Wels: personell, KH BHS Ried: räumlich) für den RH nicht nachvollziehbar. (TZ 7)

Obwohl alle drei Krankenanstalten mit der Etablierung ihrer Erstaufnahmeeinheiten bzw. Aufnahmestationen sehr ähnliche Ziele verfolgten, unterschieden sich die überprüften Einrichtungen in der praktischen Ausgestaltung sehr deutlich. (TZ 7)

Das KH Vöcklabruck und das KH Wels definierten die ungeplanten stationären Aufnahmen unterschiedlich; das KH BHS Ried verfügte nicht über derartige Auswertungen. Auch wenn aufgrund der unterschiedlichen Definitionen ein Vergleich nur eingeschränkt möglich war, nahm krankenhausweit betrachtet die Zahl der ungeplanten stationären Aufnahmen von 2009 bis 2014 im KH Vöcklabruck zu (rd. + 9,2 %), im KH Wels hingegen ab (rd. - 13,7 %). Dies obwohl beide Krankenanstalten Leistungen von anderen Standorten übernommen hatten. Der Anteil an ungeplanten stationären Aufnahmen war im KH Wels um rd. 16 % (2009: 47,3 %, 2014: 39,9 %) zurückgegangen; demgegenüber verzeichnete das KH Vöcklabruck einen Anstieg um rd. 9 %. (TZ 8)

Kurzfassung

Organisation und räumliche Gestaltung

Der Anstieg der gesamten ambulanten Frequenzen war im KH Vöcklabruck mit rd. 7,3 % seit 2009 vergleichsweise am höchsten (KH Wels und KH BHS Ried: + 1,68 % bzw. + 1,64 %) und lag damit am deutlichsten über dem Oberösterreich-Schnitt von 0,1 %. (TZ 8)

Die krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben und der ÖSG bzw. der Oberösterreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2015 (Öö KAP/GGP) sahen auch organisatorische Regelungen für die Betriebsformen Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE) vor. Nicht klar geregelt war allerdings, ob die basale Unfallversorgung im Rahmen von Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) vorzunehmen war oder bloß vorgenommen werden konnte. (TZ 9)

Die überprüften Erstaufnahmeeinheiten bzw. die Aufnahmestationen waren unterschiedlich organisatorisch ausgestaltet. Es bestand Unklarheit darüber, in welcher (Betriebs)Form die überprüften Krankenanstalten ihre Erstaufnahmeeinheiten bzw. Aufnahmestationen betrieben. So stimmte mehrheitlich schon die Benennung im Betriebsbewilligungsbescheid nicht mit der Selbsteinschätzung und der Bezeichnung der Erstaufnahmeeinheiten/Aufnahmestationen überein. Die organisatorische Eingliederung in die jeweilige Organisationsstruktur war nicht bzw. nicht im Sinne des ÖSG oder nur ansatzweise über die jeweiligen geltenden Anstaltsordnungen erfolgt. Die geplanten Änderungen der Anstaltsordnungen im KH Wels und im KH BHS Ried entsprachen nicht den Betriebsbewilligungen bzw. teilweise nicht dem ÖSG. (TZ 10)

Flächenmäßig unterschieden sich die überprüften Erstaufnahmeeinheiten deutlich. So betrug die der Erstaufnahmeeinheit im KH BHS Ried exklusiv zur Verfügung stehende Fläche – trotz ähnlichen durchschnittlichen Patientenaufkommens pro Tag – weniger als 50 % der Fläche im KH Vöcklabruck. (TZ 11)

In den behördlichen Bewilligungsbescheiden bzw. Niederschriften wurden die Dimensionierung und Ausstattung der Erstaufnahmeeinheit im KH BHS Ried bzw. die prognostizierten Patientenfrequenzen nicht bzw. nicht ausreichend thematisiert. So fanden sich die vom KH BHS Ried durch eine – im Jahr 2014 durchgeführte – Evaluierung selbst aufgezeigten räumlichen Probleme in den behördlichen Niederschriften bzw. im Betriebsbewilligungsbescheid nicht. Dies betraf z.B. die nicht genügende Wahrung der Intimsphäre der Patienten durch den zentral gelegenen Wartebereich zwischen den

**Patienten in den
Erstaufnahmeein-
heiten**

Untersuchungsräumen, die Durchführung von Infusionstherapien im Wartebereich aufgrund von Platzmangel oder die Enge des Intensivbehandlungsraums, weil hier bspw. auch ein häufig frequentiertes Labordiagnostik-Gerät untergebracht war. (TZ 11)

Die überprüften Erstaufnahmeeinheiten behandelten grundsätzlich alle nicht terminisierten Patienten; ausgenommen waren überall Unfallpatienten, Gebärende und Kinder (Sonderregelungen für Kinder gab es im KH Wels). Darüber hinaus bestanden in allen Erstaufnahmeeinheiten teilweise sehr komplexe Ausnahme- bzw. Sonderregelungen. (TZ 12)

Das KH Vöcklabruck verfügte nur über eine unklare Definition der in der Erstaufnahmeeinheit zu versorgenden Patientengruppen. Im KH Wels war die Definition der in der Erstaufnahmeeinheit zu versorgenden Patientengruppen in mehreren Informationsquellen verstreut und teilweise widersprüchlich. Demgegenüber war im KH BHS Ried die Definition der zu versorgenden Patienten grundsätzlich transparent und verständlich geregelt. (TZ 12)

In allen drei Erstaufnahmeeinheiten stiegen die Gesamtfrequenzahlen (stark) an. Die durchschnittliche Steigerungsrate im KH Wels war mit 13,5 % jährlich am höchsten und lag damit deutlich über den in der Literatur angegebenen Bandbreiten von 4 % bis 10 %. Allerdings war die Steigerung von 2013 auf 2014 mit 5,3 % geringer und entsprach damit ungefähr den (durchschnittlichen) Steigerungen im KH Vöcklabruck und im KH BHS Ried. Im Jahr 2014 verzeichneten das KH Vöcklabruck rd. 18.300 Patientenfrequenzen in der Erstaufnahmeeinheit, das KH Wels rd. 34.900 und das KH BHS Ried rd. 16.200. Rund 40 % dieser Patienten wurden in der Folge stationär aufgenommen; diesbezüglich war im überprüften Zeitraum 2011 bis 2014 überall eine sinkende Tendenz erkennbar. (TZ 13)

Die steigenden ambulanten Frequenzen in den Erstaufnahmeeinheiten standen im Spannungsverhältnis zu der im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 mit der verstärkten Einrichtung von Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) intendierten Entlastung des stationären und spitalsambulanten Bereichs. (TZ 13)

Rund 30 % der Patienten suchten die überprüften Erstaufnahmeeinheiten mit ärztlicher Überweisung auf; davon kam im KH Vöcklabruck und im KH Wels rund ein Viertel in der Nacht bzw. an Wochenenden/Feiertagen. In das KH Vöcklabruck und das KH

Kurzfassung

Wels kamen im Jahr 2014 rd. 60 % bzw. 63 % der Patienten privat, 32 % mit der Rettung und 4,5 % bzw. 3 % mit dem Notarztwagen bzw. dem Notarzteinsatzfahrzeug. Im KH BHS Ried waren weder Daten betreffend Patienten mit oder ohne Überweisung zeitlich differenziert auswertbar noch solche über die Einweisungsart (Selbsteinweiser, Rettung etc.) verfügbar. (TZ 14)

Die drei überprüften Erstaufnahmeeinheiten erfassten Beschwerden und Diagnosen (teilweise) unterschiedlich; sie waren nicht bzw. unterschiedlich (nach Symptomen bzw. Fachbereichen) standardmäßig auswertbar. Dies war unzweckmäßig, da dadurch auch ein diesbezüglicher Vergleich der überprüften Erstaufnahmeeinheiten nicht möglich war. Dadurch fehlten insbesondere auch wichtige Qualitätssicherungs-, Steuerungs- bzw. Planungsinstrumente und -daten; dies sowohl (teilweise) innerhalb der jeweiligen Krankenanstalt als auch im Gesamtkontext einer Versorgungsregion bzw. im überregionalen Bereich. Die Initiative des BMGF für eine einheitliche Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich war daher positiv. (TZ 15)

Personal

Das KH Wels verfügte in seiner Erstaufnahmeeinheit über die meisten Ärzte (2014: 11,9 VZÄ) und Pflegekräfte (2014: 19,57 VZÄ). Diese versorgten im Vergleich zu den anderen beiden Erstaufnahmeeinheiten die mit Abstand höchste Patientenzahl. (TZ 16)

Die durchschnittlichen Patientenfrequenzen je Mitarbeiter unterschieden sich in den Erstaufnahmeeinheiten teilweise deutlich; so versorgte etwa im Jahr 2014 jeder Arzt im KH Wels um rd. 630 (+ 27 %) und jeder Arzt des KH BHS Ried um rd. 510 (+ 22 %) mehr Patienten als die Ärzte der Erstaufnahmeeinheit des KH Vöcklabruck. Allerdings waren diese Ärzte des KH Vöcklabruck – anders als im KH Wels und im KH BHS Ried – auch als Notärzte tätig. Auch eine Pflegekraft versorgte im KH Wels durchschnittlich mehr Patienten als eine Pflegekraft im KH Vöcklabruck und im KH BHS Ried. (TZ 16)

Die nur allgemein gehaltenen Formulierungen der meisten im ÖSG für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. für Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) vorgesehenen Qualifikationserfordernisse für Ärzte in Erstaufnahmeeinheiten waren unzweckmäßig. So blieb etwa offen, unter welchen Voraussetzungen die Erfordernisse „jährlicher Nachweis in Notfallkompetenz“ oder „Kenntnisse in Abdomen- und peripherer Gefäß- und Echosonographie“ erfüllt waren. Unklar war auch, ob bzw. wie das Erfordernis „Kenntnisse in basaler Unfallversorgung“ zu erbringen war, wenn

das Patientenspektrum der Erstaufnahmeeinheiten keine Unfallpatienten umfasste. Ferner war unklar, ob alle Ärzte der Erstaufnahmeeinheiten die Qualifikationserfordernisse erfüllen mussten oder nur ein bestimmter Anteil. (TZ 17)

Auch diese Unklarheiten in den Vorgaben führten dazu, dass das Aus- und Fort- bzw. Weiterbildungsniveau sowohl innerhalb der Erstaufnahmeeinheiten als auch im Vergleich der überprüften Erstaufnahmeeinheiten sehr unterschiedlich war. (TZ 17)

Alle in den Erstaufnahmeeinheiten dauernd beschäftigten Ärzte verfügten über das ius practicandi. Im KH BHS Ried hatten diese Ärzte alle ein gültiges Notarztdiplom; demgegenüber fehlte ein solches bei jeweils einem Arzt im KH Vöcklabruck und im KH Wels. (TZ 17)

Der ÖSG sah keine konkreten Festlegungen betreffend die Qualifikation des Pflegepersonals in Erstaufnahmeeinheiten vor. Die Pflegekräfte in den überprüften Erstaufnahmeeinheiten verfügten überwiegend über eine Ausbildung zur Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit. (TZ 18)

Im KH Vöcklabruck waren bei einem Notarzteinsatz des einzigen diensthabenden Arztes der Erstaufnahmeeinheit vorübergehend andere, teilweise nicht einmal über ein Notarztdiplom verfügende (Fach-)Ärzte (allein) dort tätig, was den Vorgaben des ÖSG widersprach. Zwar war seit April 2015 zumindest ein zweiter Arzt dauerhaft anwesend, die Qualifikation dieser Ärzte im Sinne des ÖSG war jedoch nicht sichergestellt. (TZ 19)

Insbesondere zu den Tages-Randzeiten und Abendzeiten sowie an Wochenenden/Feiertagen bestand in den überprüften Erstaufnahmeeinheiten teilweise ein Spannungsverhältnis zwischen durchschnittlichem Patientenaufkommen und quantitativer bzw. qualitativer Personalbesetzung. So war bspw. im KH BHS Ried an Wochenenden/Feiertagen durchgehend nur ein Arzt in der Erstaufnahmeeinheit dauernd tätig; dieser hatte im Durchschnitt bis zu drei Patienten pro Stunde zu behandeln. Da entsprechende Aufzeichnungen fehlten, war das Ausmaß der tatsächlichen Inanspruchnahme der einzelnen Erstaufnahme-Ärzte im KH BHS Ried während der verlängerten Dienste bzw. die diesbezügliche Einhaltung des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes nicht nachvollziehbar. (TZ 20)

Kurzfassung

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

Der ÖSG sah vor, dass Betriebsformen wie Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) den Prozess in den Mittelpunkt der Gestaltung stellen und über standardisierte Prozessabläufe mit definierten Zuständigkeiten verfügen sollten. Im KH Vöcklabruck gab es eine Prozessdarstellung der Standard-Haupt- und Subprozesse im Ambulanzstatut; allerdings waren seine Adaptierung und eine Detaillierung erst relativ spät erfolgt und waren die Patientengruppen unübersichtlich bzw. lückenhaft definiert. Im KH BHS Ried gab es eine Prozesslandkarte für die Standardabläufe; jedoch war auch diese im Bezug auf die zu behandelnden Patientengruppen unvollständig. Im KH Wels fehlte eine umfassende Darstellung der Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit gänzlich. (TZ 21)

In allen drei überprüften Erstaufnahmeeinheiten waren Prozesse in speziellen Notfallsituationen (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt) nicht dargestellt bzw. thematisiert (im KH BHS Ried bestanden Sonderprozesse in Ansätzen). (TZ 21)

Die Erstaufnahmeeinheiten verwendeten das sogenannte Manchester Triage System (MTS), ein in Europa häufig angewandtes – fünfstufiges – System der Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit eines Patienten durch eine geschulte Pflegekraft. Zwischen den Anforderungen des MTS bzw. den Abläufen in Erstaufnahmeeinheiten und dem gesetzlich normierten Kompetenzprofil der diplomierten Pflege bestand ein Spannungsverhältnis; auf dieses hatte der RH in seiner Stellungnahme zur Novelle zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz hingewiesen und entsprechende Adaptierungen ange-regt. (TZ 22)

Im KH Vöcklabruck war – im Unterschied zum KH Wels und zum KH BHS Ried – die Patientendokumentation im Rahmen der Erstein-schätzung und der Patientenreihung durch zahlreiche Medienbrüche geprägt. Dadurch stieg das Risiko unrichtiger Eingaben; die geplante Anschaffung eines elektronischen Triage-Systems war daher posi-tiv. (TZ 22)

Hervorzuheben war, dass im KH BHS Ried die MTS-Frageschemata auch elektronisch verfügbar waren. Demgegenüber standen sie in den anderen beiden überprüften Krankenanstalten (noch) jeweils nur in Papierform zur Verfügung. (TZ 22)

Im KH Wels bzw. im KH BHS Ried wurde 2014 die Behandlungsdringlichkeit von mehr als der Hälfte der Patienten als „normal“ bzw. „nicht dringend“ eingestuft. Diese Kategorien machten im KH

Vöcklabruck hingegen insgesamt rd. 34 % aus; dort kam die Kategorie „dringend“ am häufigsten vor (rd. 46 %). Im KH Vöcklabruck waren im Jahr 2014 lediglich 81 % der diesbezüglichen Daten auswertbar, im KH Wels nur rd. 91 %. (TZ 23)

Die Leistungsdokumentation in den Erstaufnahmeeinheiten des KH Vöcklabruck und des KH BHS Ried erfolgte in mehreren Schritten handschriftlich und elektronisch. Demgegenüber erfasste das KH Wels die Leistungen direkt im IT-System. In den überprüften Erstaufnahmeeinheiten war nicht transparent nachvollziehbar bzw. auswertbar, wie oft, wofür und in welchem Ausmaß konsiliarische Leistungen von anderen Fachabteilungen erforderlich waren; im KH Wels war dies zumindest teilweise möglich. (TZ 24)

In allen überprüften Erstaufnahmeeinheiten fehlte eine Verankerung des Leistungsspektrums in den Grundsatzdokumenten (z.B. Ambulanzstatut, Abteilungsordnung). Zwar hatten das KH Vöcklabruck und das KH BHS Ried detaillierte Festlegungen getroffen; diese waren jedoch im KH Vöcklabruck nur teilweise mit den Fachabteilungen abgestimmt und die Festlegungen des KH BHS Ried („Hitliste“) sahen auch Leistungen vor, die laut stationärem Leistungskatalog des BMGF nur stationär erbringbar waren. Zudem erbrachte die Erstaufnahmeeinheit des KH BHS Ried auch über ihre Hitliste hinausgehende Leistungen. Im KH Wels fehlten entsprechende Festlegungen des Leistungsspektrums überhaupt. (TZ 25)

Die Vorgaben des ÖSG zur Qualitätssicherung in Erstaufnahmeeinheiten durch Behandlungspfade und Checklisten waren so allgemein formuliert, dass die drei überprüften Krankenanstalten diese unterschiedlich definierten; die Vorgehensweisen sowohl bei Art, Anzahl und Inhalten der Standardisierung als auch bei der Verwendung externer Informationsquellen zur Patientenbehandlung unterschieden sich deutlich. (TZ 26)

Alle drei überprüften Erstaufnahmeeinheiten erfassten Zeitmarken zu relevanten Abschnitten der Prozesse. Im KH Vöcklabruck führten die handschriftliche Dokumentation und darauffolgende händische Übertragung der Zeitmarken in eine Excel-Tabelle dazu, dass etwa im Jahr 2014 19 % der Zeitmarken (rd. 3.440 Frequenzen) nicht auswertbar waren. Im elektronischen Verwaltungssystem des KH Wels war keine Vollständigkeits- oder Plausibilitätsprüfung vorgesehen, weshalb bspw. für 2014 ca. 9 % der Datensätze unvollständig bzw. unplausibel und somit nicht auswertbar waren. Das KH BHS Ried entdeckte erst im März 2015 aus Anlass der Gebarungsüberprüfung des RH das Fehlen auswertbarer Zeitmarken, das zu

Kurzfassung

einem Mangel an Evaluierungsmöglichkeiten der Erstaufnahmeeinheit führte. (TZ 27)

In keiner der überprüften Krankenanstalten fanden die Auswertungen der Zeitmarken Eingang in das Berichtswesen; im KH Wels erhielt nur der Leiter der Erstaufnahmeeinheit solche Auswertungen. (TZ 27)

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. Das KH Vöcklabruck und das KH Wels führten – gemessen an ihren eigenen Vorgaben – viel zu selten eine neuerliche MTS-Einschätzung durch: 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. Im KH BHS Ried war eine solche Auswertung nicht möglich. (TZ 28)

Die durchschnittlichen Wartezeiten 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-Gruppen „normal“ und „nicht dringend“ unterschritten sie diese (90 bzw. 120 Minuten) teils stark. 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. Auch hier waren die Daten teilweise unplausibel bzw. lückenhaft und daher nicht auswertbar. Im KH BHS Ried fehlten auswertbare Daten gänzlich. (TZ 29)

Nur das KH Vöcklabruck stellte dem RH auswertbare Daten über das Verlassen der Erstaufnahmeeinheit zur Verfügung, wenngleich diese undifferenziert und daher bspw. als Instrument zur Prozessoptimierung wenig geeignet waren. Das KH Wels legte dem RH solche Daten während der Gebärungsüberprüfung nicht vor, im KH BHS Ried waren sie nicht auswertbar. (TZ 30)

**Leistungs-
dokumentation**

Seit 2014 war die Dokumentation ambulanter Leistungen entsprechend dem sogenannten Katalog ambulanter Leistungen (KAL) gesetzlich verpflichtend vorgesehen; sie sollte idealerweise originär erfolgen. In Oberösterreich erfolgte die Vergütung der spitalsambulanten Leistungen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nach wie vor durch einen Pauschalbetrag. Das BMGF strebte ein bundesweit einheitliches Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich an; dies war auch im Bundes-Zielsteuerungsvertrag vereinbart. Demgegenüber sah die Gesundheitsreform 2013 jedoch ein sektorenübergreifendes Finanzierungsmodell für den gesamten ambulanten Bereich (spitalsambulant und niedergelassen) vor. (TZ 31, 32)

Grundsätzlich anzuerkennen waren die Bemühungen des BMGF und des Landes Oberösterreich um eine einheitliche Dokumentation im ambulanten Bereich. Trotz der intendierten einheitlichen und vergleichbaren Datenlage dokumentierten jedoch die überprüften Krankenanstalten die KAL-Leistungen in den Erstaufnahmeeinheiten nach wie vor sehr unterschiedlich: Das KH Vöcklabruck verbuchte alle Leistungen der Erstaufnahmeeinheiten im KAL, während das KH Wels und das KH BHS Ried nur die Leistungen an ausschließlich ambulante Patienten verbuchten. Im KH BHS Ried bestanden – anders als im KH Vöcklabruck – zwischen Hauskatalog und KAL große Unterschiede in der Verbuchungspraxis; dies betraf im KH BHS Ried sowohl die Anzahl (rd. 54.900 mehr KAL-Leistungen als Hauskatalog-Leistungen) als auch die Art der verbuchten Leistungen (anders als im Hauskatalog waren im KAL 80,7 % Laborleistungen verbucht). Das KH Wels erfasste nur eine Teilmenge der erbrachten Leistungen, und diese auf lediglich drei KAL-Positionen. (TZ 33)

**Patientenwege nach
der Erstaufnahme-
einheit**

Das KH Vöcklabruck und das KH BHS Ried hatten – 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). Das KH BHS Ried erhob erst seit 2015 Daten über die Weiterleitung der Patienten der Erstaufnahmeeinheit in die eigenen Fachambulanzen. Demgegenüber verfügte das KH Wels über eine detaillierte Datenlage, wenngleich eine Trennung zwischen Konsilen in der Erstaufnahmeeinheit und Weiterleitung in die Fachambulanzen nicht möglich war. (TZ 34)

Kurzfassung

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. Das KH BHS Ried überschritt die Aufenthaltsdauer auf der Aufnahmestation in rd. 20 % der Fälle; auch setzte es die im Zuge einer Evaluierung vorgeschlagenen Maßnahmen zur Vermeidung solcher Überschreitungen nicht um. Demgegenüber kam es im KH Vöcklabruck nie und im KH Wels kaum zu Überschreitungen der 24-Stunden-Verweildauer; 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). Auch die Weiterverlegung von Patienten war im KH BHS Ried unzureichend geregelt. (TZ 35)

Externe und interne Zusammenarbeit

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. Das vom KH Vöcklabruck für die Zusammenarbeit mit der Rettung/den Notärzten mit einem Rettungsdienst vereinbarte Dokument stammte – obwohl es die Erstaufnahmeeinheit seit 1999 gab – erst vom Februar 2015; zudem regelte es im Wesentlichen nur die von Rettung/Notarzt in der Krankenanstalt zu kontaktierenden Stellen. Demgegenüber trafen das KH Wels und insbesondere das KH BHS Ried auch weitergehende inhaltliche bzw. prozessurale Festlegungen. Als einzige Krankenanstalt regelte das KH BHS Ried auch die Anlieferung mit dem Hubschrauber. (TZ 36)

Das KH Wels und das KH BHS Ried verfügten lediglich über interne Vereinbarungen bzw. Anweisungen, die teilweise auch nicht aktuell waren. (TZ 36)

Im KH Vöcklabruck fand ein regelmäßiger und institutionalisierter Austausch mit dem Rettungsdienst statt; dagegen erfolgte ein Austausch im KH Wels und im KH BHS Ried nur anlassbezogen. (TZ 36)

Für die interne Zusammenarbeit verfügte das KH Vöcklabruck über schriftliche Schnittstellenvereinbarungen zwischen der Erstaufnahmeeinheit und sämtlichen Abteilungen bzw. nahezu allen Instituten. Diese waren allerdings teilweise sehr allgemein formuliert sowie nicht mehr aktuell und wiesen zum Teil Widersprüche bzw. Lücken auf. Im KH Wels waren schriftliche Schnittstellenvereinbarungen nicht flächendeckend mit allen Abteilungen bzw. Instituten vorhanden, lagen – wenn überhaupt – lediglich in Form von Pro-

tokollen vor bzw. waren teils veraltet. In beiden Krankenanstalten waren wesentliche Inhalte wie z.B. klare Zuständigkeiten und Kompetenzen bzw. Aufgaben nicht umfassend geregelt. (TZ 37)

Im KH BHS Ried fehlten Schnittstellenvereinbarungen gänzlich. Die einzelnen vorhandenen Regelungen für Schnittstellen zwischen der Erstaufnahmeeinheit und anderen Einheiten waren auf verschiedene Dokumente verteilt. (TZ 37)

Qualitätssicherung

Für den (spitals)ambulanten Bereich bestand noch keine bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung; eine solche war jedoch zur Zeit der Gebarungsüberprüfung – wenn auch später, als in den Zielsteuerungsverträgen vorgesehen, und zuerst nur für den niedergelassenen Bereich – in Entwicklung. (TZ 38)

Der ÖSG sah für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) auch explizit eine Qualitätssicherung durch Ergebnisqualitätsmessung vor, ohne allerdings die Instrumente bzw. Parameter dafür näher zu definieren. (TZ 39)

Gemäß KAKuG bzw. Oö KAG hatte die kollegiale Führung einer Krankenanstalt die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. Die drei überprüften Krankenanstalten nannten als Indikatoren für die Ergebnisqualitätsmessung in Erstaufnahmeeinheiten vor allem Patientenbeschwerdefälle. Als zentrale Parameter für die Ergebnisqualitätsmessung in Erstaufnahmeeinheiten waren die Patientenbeschwerdefälle jedoch nicht ausreichend. (TZ 39)

Die Personalausstattung der Hygieneteams entsprach in keiner der überprüften Krankenanstalten den im Dokument PROHYG 2.0 enthaltenen Empfehlungen des BMGF vollständig. Das KH Vöcklabruck erfüllte für die Hygienebeauftragten die Empfehlung in der PROHYG 2.0 nur zu 20 % bzw. 30 %. Die beiden anderen Krankenanstalten erfüllten die Empfehlung in einem deutlich höheren Ausmaß: KH Wels nahezu 100 %; KH BHS Ried zu 75 %. Bei den Hygienefachkräften betrug der Erfüllungsgrad 57 % (KH Vöcklabruck) bzw. rd. 80 % (KH Wels und KH BHS Ried). (TZ 40)

Kurzfassung

In seinen Qualitätssicherungsberichten (siehe zuletzt „Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung in burgenländischen Krankenanstalten“, Reihe Bund 2014/7) hatte der RH dringenden Handlungsbedarf bei den Hygieneteams insbesondere dann gesehen, wenn die Empfehlungen des BMGF nicht einmal zu 50 % verwirklicht waren. (TZ 40)

Im Unterschied zum KH Vöcklabruck und zum KH BHS Ried hatte das KH Wels kein krankenhausesweites standardisiertes internes Fehlermeldesystem eingerichtet. (TZ 41)

Nur das KH BHS Ried hatte bisher eine Befragung der ambulanten Patienten in ihrer Erstaufnahmeeinheit durchgeführt, nicht jedoch das KH Vöcklabruck und das KH Wels. Allerdings verteilte das KH BHS Ried dabei nur 66 Fragebögen (Rücklaufquote 33,17 %) und der Fragebogen enthielt kaum Fragen zur Behandlungsqualität. (TZ 42)

Kenndaten zur Erstversorgung im Salzkammergut–Klinikum Vöcklabruck, im Klinikum Wels–Grieskirchen sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried			
Krankenanstalten und deren Rechtsträger	Salzkammergut–Klinikum Vöcklabruck (KH Vöcklabruck) mit dem Rechtsträger Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG (gespag) Klinikum Wels–Grieskirchen (Standort Wels, KH Wels) mit dem Rechtsträger Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried (KH BHS Ried) mit dem Rechtsträger Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H.		
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.		
Bundesrecht	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.		
Landesrecht	Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz (Oö KAG 1997), LGBl. Nr. 132/1997 i.d.g.F.		
Leistungsdaten 2014	KH Vöcklabruck	KH Wels	KH BHS Ried
	Anzahl		
systemisierte Betten	538	1.008	425
stationäre Aufnahmen	34.751	67.747	32.453
<i>davon</i>			
<i>ungeplant</i>	16.901	27.027	– ²
Gesamtfrequenzen ¹	439.337	782.830	382.177
<i>davon</i>			
in der Erstaufnahmeeinheit	18.304	34.932	16.236
	in Mio. EUR		
ambulante Endkosten	28,75	44,15	16,40
<i>davon</i>			
<i>in der Erstaufnahmeeinheit</i>	2,59	2,60	1,36
	Anzahl in VZÄ		
Ärzte	9,09	11,90	5,75
Diplomierte Pflegekräfte	16,64	19,57	12,32

¹ Frequenzen ambulanter und stationärer Patienten

² nicht auswertbar

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

Prüfungsablauf und –gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte im Februar und März 2015 die Erstversorgung im Salzkammergut–Klinikum Vöcklabruck¹ (KH Vöcklabruck), im Klinikum Wels–Grieskirchen am Standort Wels² (KH Wels) sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried³ (KH BHS Ried).

¹ Rechtsträgerin: Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG (gespag)

² Rechtsträgerin: Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH

³ Rechtsträgerin: Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H.

Prüfungsablauf und –gegenstand

(2) Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die rechtlichen und planerischen Rahmenbedingungen bzw. Entscheidungsgrundlagen für die in diesen Krankenanstalten bzw. Standorten bestehenden Erstversorgungseinrichtungen, deren Aufbau- und Ablauforganisation samt interner sowie externer Zusammenarbeit, das Patienten- und Leistungsspektrum, die Leistungsentwicklungen sowie die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in diesen Einrichtungen zu beurteilen.

(3) Hintergrund war, dass die Gesundheitsreform 2013 die verstärkte Errichtung von sogenannten Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) – zwei grundsatzgesetzlich seit 2011 vorgesehenen speziellen Betriebsformen für ungeplante Patienten – für geeignet hielt, um medizinisch nicht erforderliche stationäre Aufenthalte und spitalsambulante Inanspruchnahmen zu vermeiden. Der wesentlichste Unterschied zwischen den beiden Betriebsformen war, dass die Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) aus einer ambulanten sowie einer stationären Struktur mit systemisierten Betten bestand und die Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE) als ambulante Einheit je nach Bedarf über sogenannte Funktionsbetten verfügen konnte.

Unabhängig vom Entstehungszeitpunkt bzw. der Bezeichnung im Betriebsbewilligungsbescheid überprüfte der RH daher auch die Übereinstimmung der überprüften Einrichtungen mit im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) bzw. in den krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben für ZAE/AEE festgelegten Kriterien.

Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2011 bis 2014.

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

(4) Zu dem im Dezember 2015 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das BMGF, das Land Oberösterreich, die Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG (gespag), die Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH und die Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. im Jänner bzw. März 2016 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Juli 2016.

(5) Das Land Oberösterreich wies in seiner Stellungnahme u.a. allgemein darauf hin, dass neben Maßnahmen wie eine suffiziente Primärversorgung, Patientenlenkung (z.B. TEWEB), Disease-Management-Programme, Strukturanpassung im stationären Bereich, auch Zentrale

Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) einen Beitrag zur Senkung der Inanspruchnahme des stationären Bereiches leisten könnten.

Ausgangslage und Umfeld

Allgemeines

2.1 (1) Österreich wies sowohl im OECD- als auch im EU-Vergleich nach wie vor die höchste Krankenhaushäufigkeit auf und lag bis zu rd. 72 % über den Durchschnittswerten. Innerhalb Österreichs war 2014 die Krankenhaushäufigkeit in Oberösterreich (252/1.000 Einwohner) am zweithöchsten. Von den drei Versorgungsregionen⁴, in denen sich die überprüften Krankenanstalten bzw. Standorte befanden, wies jene mit dem KH BHS Ried die höchste Krankenhaushäufigkeit (263/1.000 Einwohner) mit der gleichzeitig niedrigsten Reduktion seit 2009 (- 7 %) auf; die Versorgungsregionen mit dem KH Vöcklabruck und dem KH Wels verzeichneten demgegenüber eine Krankenhaushäufigkeit von 243 bzw. 236/1.000 Einwohner und eine Reduktion seit 2009 um rd. 14 %.

Während Oberösterreich bei der Krankenhaushäufigkeit im österreichischen Spitzenfeld lag, war die Steigerung bei den ambulanten Patientenzahlen (+ 2,7 %) bzw. bei den ambulanten Frequenzen (+ 0,1 %) in oberösterreichischen Krankenanstalten 2009 bis 2014 im Vergleich zum Österreichschnitt (+ 4,2 % bzw. + 0,6 %) relativ gering (zu den überprüften Krankenanstalten siehe TZ 8).

(2) Mit der 2011 von der Oberösterreichischen Landesregierung beschlossenen Spitalsreform II⁵ sollten insbesondere eine flächendeckende, bedarfsgerechte, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte, hochwertige medizinische Versorgung sowie die langfristige Finanzierbarkeit des Spitalsystems sichergestellt werden.

Die Spitalsreform II sah u.a. die Reduktion von stationären Betten, den Abbau von Parallelstrukturen, standortübergreifende Organisationsformen zur Nutzung von Synergien in der Leistungserbringung (z.B. Krankenhaus- und Institutsverbände), die Umwandlung von Vollabteilungen in reduzierte Organisationsformen sowie die Forcierung ambulanter und tagesklinischer Leistungen vor. Betreffend Erstversorgung in Krankenanstalten sah sie keine Maßnahmen vor.

⁴ Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) unterteilt Österreich in 32 Versorgungsregionen.

⁵ Davor gab es die sogenannte Oö. Spitalsreform 2005.

Ausgangslage und Umfeld

(3) Krankenanstalten versorgten sowohl geplante als auch ungeplante Patienten. Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) sollten im Wesentlichen der Akut- bzw. Notfallversorgung von ungeplanten Patienten dienen. Die dort tätigen Ärzte versorgten die Patienten entweder abschließend oder leiteten diese zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen Erstversorgungs-Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich weiter.

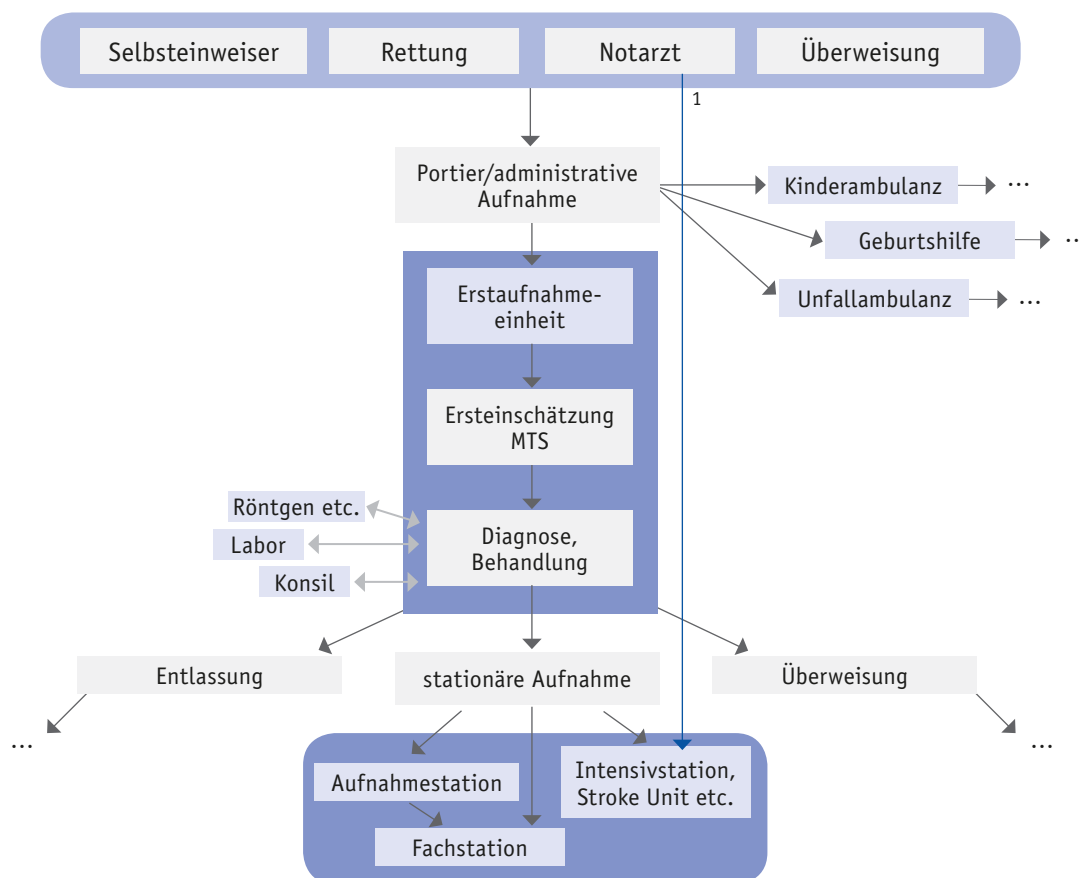
(4) (a) Alle überprüften Krankenanstalten bzw. Standorte verfügten über eine eigene Aufnahmeeinheit für ungeplante Patienten (Erstaufnahmeeinheit) und eine für solche Patienten eingerichtete Aufnahmestation.

(b) Die Patienten der Erstaufnahmeeinheit kamen entweder selbst (sogenannte Selbsteinweiser), mit einer Überweisung eines niedergelassenen Arztes (Allgemeinmediziner oder Facharzt) oder mit der Rettung zur administrativen Aufnahme in die Erstaufnahmeeinheit. In der Erstaufnahmeeinheit nahm grundsätzlich eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft (Pflegekraft) die Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit vor (TZ 22).

(c) Die Ärzte der Erstaufnahmeeinheit nahmen eine erste Behandlung sowie Diagnose vor und entschieden über die Entlassung, eine Überweisung an eine Fachambulanz/den niedergelassenen Bereich oder über die stationäre Aufnahme sowie den für den Patienten zuständigen Fachbereich. Die stationäre Aufnahme erfolgte in den überprüften Krankenanstalten – je nach Tageszeit und der zuständigen Fachrichtung – in eine sogenannte Aufnahmestation (TZ 35) oder direkt in die Fachabteilung.

(d) Notfall-Patienten, die in Begleitung des Notarztes in die Krankenanstalt eingeliefert wurden, führte ein in die Erstaufnahmeeinheit gerufener Facharzt ohne Ersteinschätzung durch die Pflege direkt der weiteren Behandlung zu (z.B. in der Intensivstation oder der Stroke Unit).

Abbildung 1: Ablaufschema der Patientenbewegungen in Erstaufnahmeeinheiten



MTS = Manchester Triage System, ein standardisiertes, international angewandtes System zur Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit der Patienten

¹ Bei Einlieferung eines Patienten durch den Notarzt erfolgte die administrative Aufnahme gegebenenfalls zu einem anderen Zeitpunkt.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

(e) Das Leistungsspektrum umfasste in allen drei Erstaufnahmeeinheiten u.a. die entsprechende Basisdiagnostik⁶ samt akut notwendigen Therapien.

(5) Notaufnahmen in Krankenanstalten waren der Literatur zufolge prinzipiell als Hochrisikobereich (unplanbarer Patientenzustrom, Zeitdruck, lebensbedrohliche bzw. zeitkritische sowie heterogene Krankheitsbilder, erhöhte Infektionsgefahren etc.) bzw. Arbeitsplatz mit

⁶ z.B. klinische Untersuchung, EKG, Notfallsonographie, patientennahe Labordiagnostik, Harnanalyse

Ausgangslage und Umfeld

Rechtliche Rahmenbedingungen

komplexen Schnittstellen anzusehen, der eine Vielfalt von Herausforderungen in sich trug.⁷

2.2 Der RH wies darauf hin, dass die von der Oberösterreichischen Landesregierung 2011 beschlossene Spitalsreform II betreffend Erstversorgung in Krankenanstalten keine Maßnahmen vorsah.

3.1 Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) stellten sich – in chronologischer Reihenfolge nach ihrer Entstehung – wie folgt dar:

(1) Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2010 (ÖSG 2010) sah erstmals ein Kapitel „Betriebsformen“ vor. Ziel war, die bisher an den Fachstrukturen orientierten Organisationsformen (Referenzzentren, Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte, Tageskliniken) durch Betriebsformen zu ergänzen, die den Prozess in den Mittelpunkt der Gestaltung der Betriebsstrukturen stellten, um stärkere Patientenorientierung und höhere organisatorische Flexibilität innerhalb der Akutversorgung in Krankenanstalten zu erreichen.

Der ÖSG 2010 sah dabei für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) u.a. organisatorische (z.B. Einbindung in die Anstaltsstruktur), personelle (z.B. Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte) und ablaufspezifische (z.B. standardisierte Prozessabläufe mit definierten Zuständigkeiten) Festlegungen bzw. Qualitätssicherungskriterien vor.

(2) Krankenanstaltenrecht

(a) Eine Novelle zum KAKuG aus dem Jahr 2011 (BGBl. I Nr. 147/2011) zur Umsetzung des ÖSG 2010 sollte effizienzfördernde Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern eröffnen und die Nahtstellen zwischen dem Spitalssektor und dem ambulanten Sektor verbessern.⁸ Dazu regelte die Novelle u.a. in § 6 die neuen Betriebsformen Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE). Eine gleichlautende Bestimmung enthielt seit 2012

⁷ Moecke/Lackner/Klöss (Hrsg.), Das ZNA-Buch – Konzepte, Methoden und Praxis der Zentralen Notaufnahme, S. 12 ff., 41 ff., 55 ff., 243

⁸ Czypionka/Sigl/Röhrling, Die Novelle des KAKuG und ihre Bedeutung für die Schnittstelle zum stationären Bereich, in: Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, II Sommer 2012

das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö KAG 1997, § 10). Für die Erstversorgung von Schwerverletzten und für die Geburtshilfe waren Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) laut den rechtlichen Vorgaben bzw. den gesetzlichen Erläuterungen nicht geeignet.

(b) Diese neuen gesetzlichen Bestimmungen schufen die Möglichkeit, Betriebsformen wie Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) einzurichten. Die Krankenanstalten konnten die Erstversorgung von Patienten weiterhin auch durch andere ambulante Einrichtungen im Sinne des § 26 KAKuG bzw. § 50 Oö KAG 1997 sicherstellen; dafür sahen das KAKuG bzw. das Oö KAG 1997 keine näheren Vorgaben vor.

(3) Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012

Der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltende Österreichische Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG) übernahm die Vorgaben des ÖSG 2010 für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) im Wesentlichen unverändert. Für die Erstversorgung durch andere ambulante Einrichtungen (siehe (2) (b)) sah der ÖSG – wie auch schon der ÖSG 2010 – keine Vorgaben vor.

Die unter Punkt (2) genannte Novelle des KAKuG aus 2011 stellte auch klar, dass insbesondere die Qualitätskriterien des ÖSG den Stand der medizinischen Wissenschaft im Sinne des § 8 Abs. 2 KAKuG abbilden und diesbezüglich „als Sachverständigengutachten“ in die Rechtsordnung einfließen. Sie sind von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen. Eine medizinische Leistung ist daher grundsätzlich⁹ nur dann als „nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich erbracht“ zu qualifizieren, wenn in der betreffenden Krankenanstalt die Qualitätskriterien des ÖSG eingehalten werden.¹⁰

⁹ Ausgenommen sind jene Einzelfälle, in denen die Qualitätskriterien nicht als Stand der Wissenschaft anzusehen sind, weil sie entweder veraltet oder praktisch unanwendbar geworden sind. Dies gilt auch für den Fall, dass durch andere Maßnahmen gleichwertige Ergebnisse erzielt werden können, die daher ebenfalls als dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend anzusehen sind.

¹⁰ siehe dazu die Berichte des RH zur Qualitätssicherung in Krankenanstalten, 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

Ausgangslage und Umfeld

- 3.2** Der RH wies darauf hin, dass der ÖSG zwar (Qualitäts)Vorgaben für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) vorsah (siehe z.B. TZ 9, 17, 18, 26, 39), nicht aber für die Erstversorgung durch andere ambulante Einheiten im Sinne des § 26 KAKuG bzw. des § 50 Oö KAG 1997.

Im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit empfahl der RH dem BMGF daher, (Mindest)Vorgaben für jene Erstversorgungen in Krankenanstalten festzulegen, die weder Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) noch Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) waren.

- 3.3** (1) *Laut Stellungnahme des BMGF sei die Intention, dass in allen Krankenanstalten Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) oder Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) eingerichtet bzw. bestehende Erstversorgungseinheiten entsprechend den ZAE- bzw. AEE-Vorgaben adaptiert würden. Es sei weder die Sinnhaftigkeit noch der Nutzen allfälliger, von den Vorgaben für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) abweichender Vorgaben für die Erstversorgung erkennbar, zumal das KAKuG ohnehin entsprechende Rahmenvorgaben für Anstaltsambulatorien (§ 26) sowie über die Aufnahme in den stationären Bereich enthalte.*

(2) Das Land Oberösterreich wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass dem vom ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) als Gutachten erstellten ÖSG keine verbindliche normative Wirkung zukomme. Andernfalls würden die Zuständigkeiten zur Rechtssetzung und Kostentragung in diesem Bereich völlig auseinanderfallen.

- 3.4** (1) Der RH brachte dem BMGF die Stellungnahme des Landes Oberösterreich zu TZ 6 zur Kenntnis, wonach nicht jede Krankenanstalt eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE) vorhalten müsse und auch nicht werde; vorerst seien die verschiedenen Modelle auf die jeweils geeignete Form zu prüfen, zumal damit auch nicht unerhebliche Kosten entstehen könnten, besonders wenn sie bauliche Maßnahmen erforderten.

Ferner hielt der RH gegenüber dem BMGF fest, dass § 26 KAKuG im Wesentlichen lediglich vorsah, unter welchen Voraussetzungen Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedurften, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln waren; Angaben bspw. betreffend Personal oder Qualitätssicherung enthielt diese Bestimmung bzw. das KAKuG insgesamt nicht. Für den Fall, dass Erstversorgungsformen,

die weder Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) noch Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) sind, weiterhin zulässig sein sollten, wären aus Sicht des RH dafür jedenfalls (Mindest)Vorgaben festzulegen.

(2) Der RH entgegnete dem Land Oberösterreich, dass den Qualitätskriterien des ÖSG insofern eine über den Charakter einer Expertenempfehlung hinausgehende krankenanstaltenrechtliche Verbindlichkeit zukommt, als sie den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft gemäß § 8 Abs. 2 KAKuG bzw. § 15 Abs. 3 Oö KAG abbilden. Auf diese Thematik war der RH bereits in seinen Berichten betreffend Qualitätssicherung in Krankenanstalten (Salzburg, Vorarlberg und zuletzt Burgenland in Reihe Bund 2014/7 und Reihe Burgenland 2014/4) ausführlich eingegangen.

Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz

4.1 (1) Das im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 erlassene Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) sah vor, dass in den Landes-Zielsteuerungsverträgen¹¹ u.a. Festlegungen zur Errichtung von Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) zu treffen waren; auch diese Maßnahme würde laut Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz wesentliche Auswirkungen auf die Leistungserbringung im jeweils anderen Sektor bewirken.

(2) Der bis Ende 2016 geltende Oberösterreichische Landes-Zielsteuerungsvertrag sah keine Festlegungen für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) vor.

4.2 Der RH kritisierte, dass das Land Oberösterreich bislang keine Festlegungen betreffend Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) in seinem Landes-Zielsteuerungsvertrag getroffen hatte, obwohl das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz dies ausdrücklich vorsah; er empfahl dem Land Oberösterreich, solche Festlegungen in den nächsten Landes-Zielsteuerungsvertrag aufzunehmen.

¹¹ In Österreich bestehen aufgrund der Gesundheitsreform 2013 ein Bundes-Zielsteuerungsvertrag und neun Landes-Zielsteuerungsverträge. Diese werden für vier Jahre zwischen dem Bund bzw. jeweiligen Land und den Sozialversicherungsträgern abgeschlossen.

Ausgangslage und Umfeld

Oberösterreichischer
Krankenanstalten-
und Großgeräteplan
2015

4.3 Das Land Oberösterreich erläuterte in seiner Stellungnahme das Projekt „Patientenlenkung im Zentralraum Linz“ und sagte zu, in den nächsten Zielsteuerungs-Vertrag auch Festlegungen betreffend Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) aufzunehmen.

4.4 Der RH stellte gegenüber dem Land Oberösterreich klar, dass seine Empfehlung nicht nur auf den Zentralraum Linz bezogen war.

5.1 (1) Der Oberösterreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2015 (Oö KAP/GGP, LGBl. Nr. 19/2015) wies in keiner oberösterreichischen Krankenanstalt eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) oder Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE) aus. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es keinen veröffentlichten Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) für Oberösterreich mit einer integrierten Planung für den stationären und ambulanten/niedergelassenen Bereich.

Der RH hatte in seinem Bericht „Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen“, Reihe Oberösterreich 2011/3, dem Land Oberösterreich empfohlen, die integrierte Planung zwischen intra- und extramuralem Bereich so rasch wie möglich durchzuführen; das Land Oberösterreich hatte damals zugesagt, an einer Verbesserung der integrierten Planung zu arbeiten.

(2) Der Oberösterreichische Landes-Zielsteuerungsvertrag legte als eine Maßnahme die Weiterentwicklung des RSG entsprechend Art. 13 Landes-Zielsteuerungsvertrag fest. Danach sollte der auf Basis des ÖSG zu entwickelnde RSG eine gemeinsame Darstellung des bestehenden Angebots im intra- und extramuralen Bereich sowie eine zusammenfassende Darstellung der in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen bestehenden Planungen beinhalten.

Das Land Oberösterreich beabsichtigte, die Spitalsambulanzen und die niedergelassenen Ärzte in einem RSG Oö. zu erfassen. Der RSG Oö. mit dem Ist-Stand soll mit Ende dieser Zielsteuerungsperiode (2016) vorliegen; Planwerte würden erst in der nächsten Zielsteuerungsperiode (2017 bis 2020) festgelegt werden.

5.2 Der RH wies erneut kritisch darauf hin, dass das Land Oberösterreich nach wie vor keine nachvollziehbaren integrierten Planungen für den intra- und extramuralen Bereich festgelegt hatte.

Er empfahl dem Land Oberösterreich, den von ihm in Aussicht genommenen RSG Oö. ehestmöglich zu erlassen und die integrierten Planungen voranzutreiben.

5.3 *Das Land Oberösterreich wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die endgültige Ausgestaltung des derzeit in Erarbeitung befindlichen und mit Ende dieser Zielsteuerungsperiode vorliegenden RSG auch wesentlich vom Zielsteuerungspartner mitbestimmt werde.*

Konzepte für ZAE
und AEE

6.1 (1) Weder das Land Oberösterreich noch die Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG (gespag) verfügte über Konzepte für die optimale Anzahl und die geeignetsten Standorte für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE). Die gespag war der größte oberösterreichische Krankenanstaltenträger; zu ihr gehörten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung¹² das KH Vöcklabruck (das gemeinsam mit dem KH Bad Ischl und dem KH Gmunden das Salzkammergut-Klinikum bildete) und weitere sieben oberösterreichische Krankenanstalten¹³.

(2) Obwohl die Gesundheitsreform 2013 die Erhöhung der Zahl der Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) intendierte, sahen insbesondere die bezug habenden rechtlichen Grundlagen keine Planungs- bzw. Entscheidungsparameter für die Errichtung solcher Erstaufnahmeeinheiten (Einzugsgebiet, Versorgungsstufe (Standard-, Schwerpunkt und/oder Zentralkrankenanstalt) sowie Leistungsspektrum der Krankenanstalt, Ausgestaltung des niedergelassenen Bereichs etc.) vor.

(3) Laut der Fachliteratur waren bei der Planung/Errichtung von interdisziplinären Notaufnahmen im Sinne höchstmöglicher Behandlungsqualität etwa hohe Fallzahlen, bestimmte infrastrukturelle und personelle Voraussetzungen (z.B. zentrale räumliche Einrichtung, entsprechende Geräte, Qualifikation der Leitung und des Personals etc.), die Sicherstellung von (Sekundär-)Transporten, die Festlegung des

¹² Kepler-Universitätsklinikum GmbH: Eigentümer sind das Land Oberösterreich im Wege der OÖ Landesholding GmbH (74,9 %) und die Stadt Linz (25,1 %). Mit 1. Jänner 2016 wurden das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Linz (AKh Linz), die Landes-Frauen- und Kinderklinik (LFKK) und die Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg (LNKWJ) in die Kepler Universitätsklinikum GmbH eingebracht.

¹³ KH Steyr, Freistadt, Kirchdorf, Rohrbach, Schärding, Frauen- und Kinderklinik Linz, Nervenklinik Linz

Ausgangslage und Umfeld

Leistungsspektrums entsprechend dem Leistungsangebot bzw. der Versorgungsstufe der Krankenanstalt von wesentlicher Bedeutung.¹⁴

- 6.2** Der RH bemängelte, dass weder das Land Oberösterreich noch die gespag über Planungen verfügte, an welchen Krankenanstaltenstandorten Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) oder Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) optimalerweise eingerichtet sein sollten, um eine qualitätsgesicherte Patientenversorgung sicherzustellen. Weiters wies er kritisch darauf hin, dass auch die Grundlagen für die Gesundheitsreform 2013 dazu keine Aussagen enthielten (siehe auch TZ 4).

Der RH empfahl dem Land Oberösterreich, 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, entsprechende Planungen für die Erstversorgung in Krankenanstalten vorzunehmen. Um die erforderlichen Festlegungen im Landes-Zielsteuerungsvertrag treffen zu können (TZ 4), waren solche Überlegungen aus Sicht des RH unabdingbar.

Weiters empfahl der RH dem Land Oberösterreich, Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) im geplanten RSG Oö. (TZ 5) auszuweisen.

- 6.3** *Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich sei mit den Planungen im Zentralraum Linz bereits begonnen worden. Dabei würden u.a. Parameter wie Versorgungsstufen und Leistungsspektren, Öffnungszeiten von niedergelassenen Ärzten sowie unterschiedliche Patientenzahlen und -ströme (nach Uhrzeiten und Einzugsgebiet) berücksichtigt. Zudem würden gemeinsam mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse alle Ambulanzen (nicht nur Aufnahmeeinheiten) der oberösterreichischen Fondskrankenanstalten sowie der korrespondierende, extramurale Bereich analysiert.*

Weiters führte das Land Oberösterreich aus, dass der RSG Oö. Aussagen zu Erstversorgungseinheiten in den oberösterreichischen Fondskrankenanstalten enthalten werde; nicht jede Krankenanstalt müsse bzw. werde jedoch eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) bzw. eine Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE) vorhal-

¹⁴ Bauer, Kann eine zentrale Notaufnahme in allen Krankenhäusern der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft, unabhängig von der Bettenzahl, medizinisch und ökonomisch sinnvoll etabliert werden? Masterthesis (Graz 2015) S. 92

ten. Mit gutem Grund sei von einer (flächendeckenden) Verordnung von Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) noch Abstand genommen worden. Vorerst seien die verschiedenen Modelle auf die jeweils geeignete Form zu prüfen, zumal damit auch nicht unerhebliche Kosten entstehen könnten, besonders wenn sie bauliche Maßnahmen erforderten.

- 6.4** Der RH nahm gegenüber dem Land Oberösterreich die eingeleiteten Maßnahmen positiv zur Kenntnis. Er stellte in diesem Zusammenhang nochmals klar, dass seine Empfehlung auf die Planung der Erstversorgung im gesamten Land Oberösterreich (und nicht nur im Zentralraum Linz) bezogen war.

Weiters empfahl der RH dem Land Oberösterreich neuerlich, im RSG Oö. Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) auszuweisen.

Darüber hinaus brachte der RH dem Land Oberösterreich die Stellungnahme des BMGF zu TZ 3 zur Kenntnis, wonach die Intention sei, dass in allen Krankenanstalten Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) oder Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) eingerichtet bzw. bestehende Erstversorgungseinheiten entsprechend den Vorgaben adaptiert würden.

Erstversorgung in den überprüften Krankenanstalten

Allgemeines

- 7.1** Alle drei überprüften Krankenanstalten verfügten über Erstaufnahmeeinheiten und Aufnahmestationen, die für ungeplante Patienten eingerichtet waren (TZ 2):

(1) Am längsten gab es eine Erstaufnahmeeinheit bzw. eine Aufnahmestation im KH Vöcklabruck (seit 1999, im Neubau ab 2004 weitergeführt); danach folgten das KH Wels (seit August 2010) und das KH BHS Ried (seit Juni 2013).¹⁵

Während das KH Vöcklabruck (sechs Betten) und das KH BHS Ried (14 Betten) über interdisziplinäre Aufnahmestationen verfügten, war im KH Wels eine internistische Aufnahmestation mit 13 Betten eingerichtet.

(2) Mit der Einrichtung einer Erstaufnahmeeinheit bzw. einer Aufnahmestation verfolgten alle überprüften Krankenanstalten im Wesent-

¹⁵ davor bspw.: Weiterleitung der Patienten an Fachstationen/-ambulanzen z.B. durch Nachschwester oder Portier

Erstversorgung in den überprüften Krankenanstalten

lichen folgende Ziele: bessere Steuerung der Patientenströme auch aufgrund der steigenden Ambulanzzahlen, Prozessoptimierung, qualitative Steigerung der Patientenbehandlung. Auch die mit der Spitalsreform II verbundene Bettenreduktion¹⁶ war ein wesentlicher Beweggrund für den Betrieb von Erstaufnahmeeinheiten.

(3) In allen überprüften Krankenanstalten gingen der Errichtung der Erstaufnahmeeinheiten verschiedene Erhebungen und Planungen voran; überall waren jedoch wesentliche Berechnungsparameter (KH Vöcklabruck: räumlich und personell, KH Wels: personell, KH BHS Ried: räumlich) für den RH nicht nachvollziehbar.

- 7.2** Der RH anerkannte das Vorliegen von Erhebungen und Planungen für die Einrichtung der Erstaufnahmeeinheiten, er wies jedoch kritisch darauf hin, dass in allen überprüften Krankenanstalten wesentliche räumliche und/oder personelle Berechnungsparameter für diese nicht nachvollziehbar waren.

Weiters hielt er fest, dass sich die überprüften Einrichtungen – wie die nachfolgende Analyse des RH zeigt – in der praktischen Ausgestaltung sehr deutlich unterschieden, obwohl alle drei Krankenanstalten mit der Etablierung ihrer Erstaufnahmeeinheiten bzw. Aufnahmestationen sehr ähnliche Ziele verfolgten. Ferner wies der RH darauf hin, dass auch die Entwicklungen im stationären und ambulanten Bereich insgesamt in den überprüften Krankenanstalten in den letzten Jahren bzw. seit Einrichtung der Erstaufnahmeeinheiten unterschiedlich verliefen (TZ 8).

- 7.3** *Laut Stellungnahme der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH hätten mangels praktischer Erfahrung mit einer Erstversorgungseinheit in der heutigen Ausprägung in der Planung hinsichtlich der räumlichen und personellen Ausstattung nur Annahmen getroffen werden können.*

- 7.4** Der RH stellte gegenüber der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH klar, dass ihm zwar Unterlagen betreffend die geplante räumliche Ausgestaltung der Erstversorgungseinheit vorgelegt wurden, nicht jedoch betreffend die personelle Ausstattung.

Entwicklungen im
stationären und
ambulanten Bereich

- 8.1** Die folgende Tabelle zeigt die gesamten stationären Aufnahmen in den überprüften Krankenanstalten sowie den Anteil an ungeplanten Patienten und die gesamten Frequenzen ambulanter Patienten von 2009 bis 2014:

¹⁶ KH Vöcklabruck: – 50 Betten, KH Wels–Grieskirchen: – 133 Betten, KH BHS Ried: – 21 Betten


Tabelle 1: Gesamte stationäre Aufnahmen und Frequenzen ambulanter Patienten, 2009¹ bis 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Entwicklung 2009 bis 2014
	Anzahl						in %
KH Vöcklabruck							
stationär	34.802	35.237	35.774	34.855	34.916	34.751	- 0,15
<i>davon ungeplant</i>	15.480	15.118	16.238	16.565	17.152	16.901	+ 9,18
Anteil in %	44,5	42,9	45,4	47,5	49,1	48,6	+ 9,34
ambulante Frequenzen	270.989	282.038	275.323	288.924	285.491	290.672	+ 7,26
KH Wels							
stationär	66.182	64.699	64.359	63.152	65.938	67.747	+ 2,36
<i>davon ungeplant</i>	31.310	27.850	26.568	24.000	25.154	27.027	- 13,68
Anteil in %	47,3	43,0	41,3	38,0	38,2	39,9	- 15,67
ambulante Frequenzen	460.404	469.369	476.713	450.760	463.172	468.155	+ 1,68
KH BHS Ried							
stationär	31.667	31.757	32.485	33.678	32.235	32.453	+ 2,48
<i>davon ungeplant</i>	<i>keine Auswertung</i>						
ambulante Frequenzen	189.693	185.037	187.352	191.007	188.418	192.812	+ 1,64

¹ Zugunsten einer höheren Aussagekraft im Hinblick auf die potenzielle Wirkung der Erstaufnahmeeinheiten stellte der RH die gesamte Entwicklung bereits ab 2009 dar, weil die Erstaufnahmeeinheit im KH Wels im August 2010 und jene im KH BHS Ried im Juni 2013 eröffnete.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

Ein Vergleich der überprüften Krankenanstalten hinsichtlich der stationären Aufnahme von ungeplanten Patienten war nur eingeschränkt möglich, weil das KH Vöcklabruck und das KH Wels die Akutaufnahmen bzw. ungeplanten Patienten und die geplanten Aufnahmen unterschiedlich definierten.

So legte das KH Vöcklabruck die „geplanten“ Aufnahmen mit vorhergehender Terminvereinbarung mit einem Richtwert von mindestens 24 Stunden fest. Im KH Wels galten alle Aufnahmen, die 48 Stunden bzw. mehr als 48 Stunden vor der tatsächlichen Aufnahme geplant wurden, als sogenannte Planaufnahmen. Im KH BHS Ried waren keine entsprechenden Auswertungen verfügbar.

Erstversorgung in den überprüften Krankenanstalten

KH Vöcklabruck

Während die stationären Aufnahmen im KH Vöcklabruck insgesamt leicht zurückgingen, stieg die Zahl der ungeplanten Akutaufnahmen von 2009 bis 2014 um 9,2 % auf 16.901 Aufnahmen; der Akutanteil an allen stationären Aufnahmen erhöhte sich im gleichen Zeitraum von 44,5 % auf 48,6 %. Der Grund für den nur geringen Rückgang von stationären Aufnahmen und den Anstieg bei ungeplanten Patienten lag laut KH Vöcklabruck in der Spitalsreform II, in der eine stärkere Verlagerung von Leistungen vom Standort Gmunden zum KH Vöcklabruck vorgesehen war (z.B. Geburtshilfe).¹⁷

Die ambulanten Frequenzen erhöhten sich im KH Vöcklabruck vom Jahr 2009 bis zum Jahr 2014 um rd. 7 %.

KH Wels

Obwohl im KH Wels die stationären Aufnahmen insgesamt von 66.182 auf 67.747 um rd. 2,4 % stiegen, sanken die Zahl der ungeplanten Akutaufnahmen von 2009 bis 2014 deutlich um 13,7 % und der Akutanteil an allen stationären Aufnahmen im gleichen Zeitraum auf 39,9 %; seit Einrichtung der Erstaufnahmeeinheit im Jahr 2010 nahmen die ungeplanten Aufnahmen bis 2013 um rd. 10 % ab, 2014 war wieder ein Anstieg um rd. 7 % erkennbar. Laut KH Wels nehme es in Umsetzung der Spitalsreform II und der dadurch abgestuften Versorgung am Standort Grieskirchen bewusst Akutpatienten vermehrt im Standort Wels anstatt am Standort Grieskirchen auf.¹⁸

Die Frequenzen ambulanter Patienten nahmen im KH Wels von 2009 bis 2014 um rd. 1,7 % zu; von 2010 (Einrichtung der Erstaufnahmeeinheit) bis 2014 reduzierten sich diese leicht um rd. 1.200 Frequenzen (rd. – 0,3 %).

KH BHS Ried

Im KH BHS Ried stieg die Anzahl der gesamten stationären Aufnahmen von 2009 bis 2014 um rd. 2,5 %. Die Frequenzen ambulanter Patienten nahmen im KH BHS Ried von 2009 bis 2014 um rd. 1,6 %

¹⁷ Eine Gesamtbetrachtung des Salzkammergut-Klinikums ergab diesbezüglich seit 2009 einen Rückgang an stationären Aufnahmen an den Standorten Gmunden um 14,9 % und Bad Ischl um 8,8 %.

¹⁸ Bei Gesamtbetrachtung mit dem im Verbund befindlichen Standort Grieskirchen zeichnete sich ein noch deutlicherer Rückgang im Ausmaß von 21 % der Zahl der ungeplanten Akutaufnahmen für den gleichen Zeitraum ab.

zu; seit Einrichtung der Erstaufnahmeeinheit betrug der Anstieg 2,3 % (+ 4.400 Frequenzen).¹⁹

8.2 (1) Der RH hielt kritisch fest, dass das KH Vöcklabruck und das KH Wels die ungeplanten stationären Aufnahmen unterschiedlich definierten und das KH BHS Ried nicht über derartige Auswertungen verfügte. Da nach Auffassung des RH eine einheitliche Datenlage als Planungs- und Steuerungsgrundlage notwendig war, empfahl er dem BMGF, eine einheitliche Definition für „ungeplante“ stationäre Aufnahmen festzulegen.

(2) Auch unter Bedachtnahme auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit wies der RH auf die entgegengesetzten Entwicklungen bei den ungeplanten stationären Patientenaufnahmen im KH Vöcklabruck (+ 9,2 %) und im KH Wels (– 13,7 %) hin. Dies obwohl beide Krankenanstalten Leistungen von anderen Standorten übernommen hatten. Betreffend das KH Wels hob der RH hervor, dass der Anteil an ungeplanten stationären Aufnahmen um rd. 16 % (2009: 47,3 %, 2014: 39,9 %) zurückgegangen war; demgegenüber verzeichnete das KH Vöcklabruck einen Anstieg um rd. 9 %.

(3) Im Hinblick darauf, dass der Anstieg der ambulanten Frequenzen im KH Vöcklabruck mit rd. 7,3 % (2009 bis 2014) vergleichsweise am höchsten war (KH Wels und KH BHS Ried: + 1,68 % bzw. + 1,64 %) und damit am deutlichsten über dem Oberösterreich-Wert (+ 0,1 %, TZ 2) lag, empfahl der RH dem KH Vöcklabruck, die Entwicklungen im ambulanten Bereich in den letzten Jahren im Detail zu analysieren, um die Ursachen für den deutlich überdurchschnittlichen Anstieg der ambulanten Frequenzen zu identifizieren und gegebenenfalls geeignete Maßnahmen setzen zu können.

Dem Land Oberösterreich empfahl der RH, insbesondere die Entwicklungen im ambulanten Bereich der Krankenanstalten bei der in Aussicht genommenen integrierten Planung mitzuberücksichtigen.

8.3 (1) *Laut Stellungnahme des BMGF existiere eine einheitliche Definition für „ungeplante“ stationäre Aufnahmen (akute Aufnahmen) bereits seit langem. Im „Handbuch Organisation und Datenverwaltung für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten“ werde zwischen geplanten Aufnahmen (mit vorhergehender Terminvereinbarung, Richtwert mindestens 24 Stunden) und akuten Aufnahmen (ohne vorhergehende Terminvereinbarung) unterschieden.*

¹⁹ ab Oktober 2014 befristete Übernahme des hausärztlichen Bereitschaftsdienstes durch das KH BHS Ried

Erstversorgung in den überprüften Krankenanstalten

(2) Das Land Oberösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Entwicklungen im ambulanten Bereich der Krankenanstalten bereits pro Krankenanstalt und pro Fachbereich, der zur Abstimmung mit dem niedergelassenen Bereich geeignet sei, erhoben und gemeinsam mit den Entwicklungen im niedergelassenen Bereich mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse analysiert würden. Derzeit seien nur noch die Krankenanstaltenstandorte der Versorgungsregion Zentralraum Wels offen.

- 8.4** Der RH entgegnete dem BMGF, dass seine Überprüfung die mangelnde Vergleichbarkeit von Daten über ungeplante Aufnahmen aufzeigte; aus seiner Sicht war die Definition im Handbuch nicht geeignet, eine aussagekräftige Datenlage sicherzustellen. Der RH erneuerte daher seine Empfehlung.

Organisation und räumliche Gestaltung

Organisatorische
Ausgestaltung der
Erstversorgung

Allgemeines

- 9.1** Die krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben und der ÖSG bzw. der Öö. KAP/GGP sahen auch organisatorische Regelungen für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. für Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) vor:

(1) Sowohl für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) als auch für Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) galt:

- Einbettung in die Organisationsstruktur der Krankenanstalt über die jeweilige Anstaltsordnung,
- direkte Unterstellung unter die Ärztliche Direktion,
- Leitung durch einen Arzt mit ius practicandi, Erfahrung in der Notfallversorgung sowie weitere Zusatzqualifikationen.

(2) Nur für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) galt:

- eigenständige Einrichtung mit uneingeschränkter Betriebszeit, bestehend aus einer Erstversorgungsambulanz und einem stationären Aufnahmebereich,
- maximale Belagsdauer von 24 Stunden auf der Aufnahmestation,

- Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) ausschließlich durch Umwidmung aus anderen Stationen,
- eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode.

(3) Nur für Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) galt:

- interdisziplinäre Struktur zur Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sowie Weiterleitung der ungeplanten Patienten in die zuständige ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur,
- Funktionsbetten (nicht bewilligungspflichtige Betten) möglich,
- eigene Kostenstelle nicht erforderlich.

(4) Betreffend das Leistungsangebot ging der ÖSG bei einer Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) davon aus, dass dieses auch eine basale Unfallversorgung zu umfassen habe. Die gesetzlichen Bestimmungen sahen hingegen die basale Unfallversorgung im Rahmen des zulässigen Leistungsspektrums vor. Betreffend die Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE) sah der ÖSG ebenfalls basale Unfallversorgung vor, die gesetzlichen Bestimmungen enthielten hierzu keine expliziten Regelungen.

9.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass nicht klar geregelt war, ob die basale Unfallversorgung im Rahmen von Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) vorzunehmen war oder bloß vorgenommen werden konnte; er empfahl dem BMGF eine entsprechende Klarstellung.

9.3 *Laut Stellungnahme des BMGF werde es sich für eine entsprechende Klarstellung im ÖSG einsetzen. Die basale Unfallversorgung könne im Rahmen einer Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) bzw. Ambulanten Erstversorgungseinheit (AEE) vorgenommen werden. Die Aufgaben und die Rolle von derartigen Erstversorgungseinrichtungen im Rahmen einer Krankenanstaltenorganisation seien vom jeweiligen Träger bzw. dem jeweiligen Landesgesundheitsfonds festzulegen. Aus Sicht des BMGF sei die basale Unfallversorgung in derartigen Einrichtungen sinnvoll, jedoch werde auf die lokalen Gegebenheiten Rücksicht zu nehmen sein.*

Organisation und räumliche Gestaltung

Organisation der überprüften Erstaufnahmeeinheiten/Aufnahmestationen

- 10.1** (1) Die nachfolgende Tabelle zeigt die organisatorische Ausgestaltung der überprüften Erstaufnahmeeinheiten/Aufnahmestationen im Überblick:

Tabelle 2: Organisation der überprüften Erstaufnahmeeinheiten (EAE)/Aufnahmestationen			
	KH Vöcklabruck	KH Wels	KH BHS Ried
Erstaufnahmeeinheit (EAE)			
Bezeichnung durch KH	Akutaufnahme	Akut Versorgung Aufnahme (AVA)	Zentrale Aufnahme und Erstversorgung (ZAE)
Selbsteinschätzung ¹	Akutaufnahme	AEE	ZAE
laut Betriebsbewilligung	Akutaufnahme	eigene Funktionseinheit	AEE
organisatorisch unterstellt	Ärztliche Direktion	Direktorium	Stellvertreter/Ärztlicher Direktor
Leitung	FA Innere Medizin mit ius practicandi	FA Anästhesie mit ius practicandi	FA Anästhesie mit ius practicandi
geltende Anstaltsordnung	nur im Organigramm	nein	nein
Öffnungszeiten	24 Stunden	24 Stunden	24 Stunden
Kostenstelle/Funktionscode	interdisz. ambulante Einheit	interdisz. ambulante Einheit	ZAE
Unfallversorgung	nein	nein	nein
Aufnahmestation	interdisziplinär	internistisch	interdisziplinär
Betten/Anzahl	6	13	14
Betten/Zuordnung	Aufnahmestation	Innere Medizin	Fachstationen
Leitung	Leiter EAE	Leiter Innere Medizin	Leiter EAE
Kostenstelle	ja	ja	nein
geltende Anstaltsordnung	nein	nein	nein
Organigramm	nein	ja	nein

¹ Ergebnis einer Befragung der überprüften Krankenanstalten, in welcher Form sie die Erstversorgung ungeplanter Patienten durchführen

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; Betriebsbewilligungsbescheide

(2) (a) Nur im KH Vöcklabruck stimmten die Bezeichnung der Erstaufnahmeeinheit durch die Krankenanstalt, die Selbsteinschätzung und die Bezeichnung im Betriebsbewilligungsbescheid überein. Das KH Vöcklabruck betrachtete seine Erstaufnahmeeinheit nur deshalb weder als eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) noch als eine Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE), weil sie nicht im Oö KAP/GGP ausgewiesen war.

(b) Das KH Wels sah seine Erstaufnahmeeinheit als Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE) (nicht als Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE)), weil eine räumliche gemeinsame Unterbringung der Erstaufnahmeeinheit und der Internistischen Aufnahmestation aufgrund der baulichen Gegebenheiten nicht möglich sei. Der Betriebsbewilligungsbescheid sprach von einer eigenen Funktionseinheit.

(c) Für das KH BHS Ried war die Erstaufnahmeeinheit eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE); sie war auch als solche bezeichnet. Im Betriebsbewilligungsbescheid wurde diese demgegenüber als Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE) bezeichnet, die funktionell mit der Aufnahmestation zusammenhing.

(3) (a) In der Anstaltsordnung des KH Vöcklabruck vom April 2015 war nur die Erstaufnahmeeinheit und diese wiederum nur im Organigramm angeführt.

(b) Das KH Wels erwähnte in der Anstaltsordnung weder die Erstaufnahmeeinheit noch die Internistische Aufnahmestation. Der Entwurf der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht vom Land Oberösterreich genehmigten überarbeiteten Anstaltsordnung bezeichnete die Erstaufnahmeeinheit als Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE); die direkte Unterstellung unter die Ärztliche Direktion war nicht normiert, die für den Leiter geforderte Qualifikation entsprach nicht den Vorgaben des ÖSG.²⁰

(c) In der geltenden Anstaltsordnung des KH BHS Ried waren ebenfalls weder die Erstaufnahmeeinheit noch die Aufnahmestation erwähnt. Ein Überarbeitungsentwurf sah „die zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) als Einrichtung mit uneingeschränkter Betriebszeit bestehend aus einer Erstversorgungsambulanz und einem interdisziplinären stationären Aufnahmebereich“ vor.

(4) Die Aufnahmestationen in den überprüften Krankenanstalten waren unterschiedlich organisiert (z.B. interdisziplinär oder nur internistisch, unterschiedliche Leitung, teilweise eigene Kostenstelle, verschiedene Aufnahmezeiten etc.). Nur im KH Vöcklabruck waren die Betten der Aufnahmestation organisatorisch zugeordnet; im KH Wels und im KH BHS Ried gehörten sie zur Inneren Medizin bzw. zu den jeweiligen Fachstationen.

²⁰ Der Entwurf sah bspw. nicht vor, dass der Leiter (wie auch jeder andere Arzt einer Erstaufnahmeeinheit) über ein gültiges Notarztdiplom zu verfügen hatte (hier nur gefordert: „... mit Erfahrung in Notfallversorgung“).

Organisation und räumliche Gestaltung

- 10.2** Der RH wies kritisch darauf hin, dass Unklarheit darüber bestand, in welcher (Betriebs)Form die überprüften Krankenanstalten ihre Erstaufnahmeeinheiten bzw. Aufnahmestationen betrieben. So stimmte mehrheitlich schon die Benennung im Betriebsbewilligungsbescheid nicht mit der Selbsteinschätzung und der Bezeichnung der Erstaufnahmeeinheiten/Aufnahmestationen überein.

Der RH hielt weiters kritisch fest, dass die organisatorische Eingliederung der Erstaufnahmeeinheiten bzw. Aufnahmestationen aller drei Krankenanstalten in die jeweilige Organisationsstruktur nicht bzw. nicht im Sinne des ÖSG oder nur ansatzweise über die jeweiligen geltenden Anstaltsordnungen erfolgt war. Zudem entsprachen die geplanten Änderungen der Anstaltsordnungen im KH Wels und im KH BHS Ried nicht den Betriebsbewilligungen bzw. teilweise nicht dem ÖSG.

Der RH empfahl daher dem Land Oberösterreich im Zusammenhang mit der Konzepterstellung betreffend Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) (TZ 6) und den für den Landes-Zielsteuerungsvertrag erforderlichen Festlegungen (TZ 4), gemeinsam mit den überprüften Krankenanstaltenträgern die zweckmäßigste und patientensicherste (Betriebs)Form für die Erstversorgung festzulegen und für eine ÖSG-konforme Umsetzung zu sorgen.

- 10.3** (1) *Das Land Oberösterreich führte in seiner Stellungnahme aus, dass eine Änderung der Anstaltsordnung des KH Wels bezüglich der Akutaufnahme derzeit erst geprüft werde. Es bestehe demnach kein Widerspruch zwischen der Anstaltsordnung und den bestehenden Betriebsbewilligungen. Weiters sagte das Land Oberösterreich zu, bezüglich der zweckmäßigsten und patientensichersten (Betriebs)Form für die Erstversorgung an die überprüften Krankenanstalten heranzutreten.*

(2) *Die Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH verwies in ihrer Stellungnahme auf die geplante ÖSG-konforme Novelle der Anstaltsordnung hinsichtlich der Leitung der Erstaufnahmeeinheit. Weiters könne aufgrund der Führungsstruktur einer Krankenanstalt nur der Ärztliche Leiter der Erstversorgungseinheit direkt der Ärztlichen Direktion unterstellt sein, die Erstversorgungseinheit insgesamt hingegen der Kollegialen Führung, weil unterschiedliche Berufsgruppen dort tätig seien.*

10.4 (1) Der RH brachte dem BMGF die Rechtsmeinung der Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH betreffend die im ÖSG festgelegte Unterstellung der Erstversorgungseinheit unter die Ärztliche Direktion zur Kenntnis.

(2) Der RH wies dem Land Oberösterreich gegenüber auf das Oö KAG hin, wonach die Anstaltsordnung jedenfalls die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt einschließlich der Einrichtungen für ambulante Untersuchung und Behandlung zu enthalten hat; die Erstversorgungseinheit im KH Wels war jedoch – unabhängig von ihrer bewilligten oder intendierten Betriebsform – nicht in der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Anstaltsordnung ausgewiesen. Was den Entwurf der überarbeiteten Anstaltsordnung des KH Wels anbelangt, wäre – wie vom RH empfohlen – zuerst gemeinsam mit den überprüften Krankenanstalten die zweckmäßigste und patientensicherste Betriebsform für die Erstversorgung festzulegen, um in der Folge die diesbezüglich notwendigen Inhalte der Anstaltsordnung abschließend definieren zu können.

(3) Der RH verwies gegenüber der Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH auf den ÖSG, der – im Gegensatz zum Entwurf der überarbeiteten Anstaltsordnung – vorsah, dass der Leiter, ebenso wie die anderen Ärzte einer Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) bzw. Ambulanten Erstversorgungseinheit (AEE) u.a. über das ius practicandi und ein gültiges Notarztdiplom verfügen müssen. Fachärzte verfügen jedoch nicht zwingend über das ius practicandi; ein Notarztdiplom muss zudem im Rahmen einer speziellen Ausbildung aktiv erworben werden; darin sah der RH einen Widerspruch zwischen dem ÖSG und dem Entwurf der Anstaltsordnung, der es als ausreichend erachtete, wenn der Leiter der Erstversorgungseinheit (im Sinne einer Ambulanten Erstversorgungseinheit (AEE)) ein „Facharzt mit Erfahrung in Notfallversorgung“ war.

Weiters wies der RH darauf hin, dass er die Rechtsmeinung der Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH betreffend die Unterstellung der Erstversorgungseinheit unter die Ärztliche Direktion dem BMGF zur Kenntnis brachte.

Räumliche
Ausgestaltung

11.1 (1) Flächenmäßig unterschieden sich die überprüften Erstaufnahmeeinheiten deutlich; dies war auch darauf zurückzuführen, dass die Erstaufnahmeeinheiten im KH Vöcklabruck und im KH BHS Ried neu gebaut wurden, während jene im KH Wels innerhalb der bestehenden Krankenanstalt errichtet wurde. Unabhängig von den jeweiligen

Organisation und räumliche Gestaltung

Gesamtnettoflächen²¹ ergab eine vom Land Oberösterreich durchgeführte Gegenüberstellung der vergleichbaren Funktionsflächen Folgendes:

Tabelle 3: Funktionsflächen der Erstaufnahmeeinheiten (EAE) im Vergleich, Patientenfrequenzen 2014			
	KH Vöcklabruck	KH Wels	KH BHS Ried
Funktionsflächen	265 m ²	392 m ²	195,5 m ²
<i>davon</i>			
<i>ausschließlich für EAE</i>	253 m ² ¹	392 m ²	156 m ² ²
<i>Wartebereich</i>	12 m ²	–	45 m ²
Untersuchungs-/Therapiefläche nur für EAE	241 m²	392 m²	111 m²
Patientenfrequenzen			
gesamt	18.304	34.932	16.236
pro Tag im Durchschnitt	50	96	44

¹ Entsorgung gemeinsam mit Dialyse genutzt

² 40 m² gemeinsam mit der Unfallambulanz nutzbar

Quelle: Amt der Oberösterreichischen Landesregierung

Trotz ähnlichen durchschnittlichen Patientenaufkommens pro Tag im KH Vöcklabruck und im KH BHS Ried betrug die der Erstaufnahmeeinheit im KH BHS Ried exklusiv zur Verfügung stehende Fläche weniger als 50 % der Fläche im KH Vöcklabruck.

(2) Im KH BHS Ried ergab eine zwischen Oktober 2013 und März 2014 durchgeführte Evaluierung, dass ein Missverhältnis zwischen den räumlichen Ressourcen und dem zu erbringenden Leistungsspektrum bestehe, das den Arbeitsablauf einschränke (z.B. keine Wahrung der Intimsphäre der Patienten durch den zentral gelegenen Wartebereich zwischen den Untersuchungsräumen, Durchführung von Infusionstherapien im Wartebereich aufgrund von Platzmangel, Intensivbehandlungsraum „ausgesprochen“ eng, weil hier bspw. auch häufig frequentiertes Labordiagnostik-Gerät untergebracht war etc.).

Fast gleichzeitig, nämlich im Jänner, März und April 2014 fanden auch drei behördliche Betriebsbewilligungsverhandlungen für die Erstaufnahmeeinheit im KH BHS Ried statt; in den Niederschriften bzw. im Bewilligungsbescheid vom Juli 2014 wurden die in der Evaluierung aufgezeigten Probleme nicht beanstandet. Die vom KH BHS Ried pro-

²¹ Die sich aus den Unterlagen/Plänen der überprüften Krankenanstalten ergebenden Gesamtnettoflächen waren insofern nicht vergleichbar, als jeweils unterschiedliche Räumlichkeiten miteingerechnet bzw. nicht berücksichtigt waren.

gnostizierten Patientenfrequenzen (18.000 jährlich) wurden in den Errichtungs- und Betriebsbewilligungsbescheiden bzw. Niederschriften ebenfalls nicht nachvollziehbar thematisiert.

Das KH BHS Ried beabsichtigte, bis zur Neuentwicklung der Erstaufnahmeeinheit bzw. der Aufnahmestation laufend Verbesserungen vorzunehmen; eine bauliche Umgestaltung sei in den nächsten Jahren aber nicht möglich.

- 11.2** Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Dimensionierung und Ausstattung der Erstaufnahmeeinheit im KH BHS Ried bzw. die prognostizierten Patientenfrequenzen in den behördlichen Bewilligungsbescheiden bzw. Niederschriften nicht bzw. nicht ausreichend thematisiert wurden. So fanden sich die vom KH BHS Ried durch eine Evaluierung selbst aufgezeigten räumlichen Probleme in den – ebenfalls aus dem Jahr 2014 stammenden – behördlichen Niederschriften bzw. im Betriebsbewilligungsbescheid nicht.

Der RH empfahl daher dem Land Oberösterreich im Interesse der Patientensicherheit, entsprechende Regelungen für die räumliche Ausgestaltung von Erstaufnahmeeinheiten (z.B. Größe der Räumlichkeiten in Relation zu den Patientenfrequenzen, (Spezial)Ausstattungen etc.) zu treffen.

(2) Dem KH BHS Ried empfahl der RH, die im Rahmen der Evaluierung selbst identifizierten erforderlichen Verbesserungen der räumlichen Ausgestaltung der Erstaufnahmeeinheit nach Möglichkeit vorzunehmen.

- 11.3** *(1) Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich seien in der Niederschrift der Verhandlung zur Erteilung der Errichtungsbewilligung der Aufnahmeeinheit am KH BHS Ried die räumliche Enge und funktionelle Mängel des Bereichs thematisiert und auf nötige Umplanungen hingewiesen worden. Bei Inbetriebnahme seien die im Prüfungsergebnis des RH aufgezeigten Probleme nicht kommuniziert worden. Auch sei die geplante gemeinsame Nutzung von Nebenräumen und Aufschließungsbereichen mit der angrenzenden Unfallambulanz, die als Nutzung von Synergien beschrieben worden sei, offensichtlich nie umgesetzt worden, was nun zumindest einen Teil der angeführten Probleme bedinge.*

Die bauliche und betriebsorganisatorische Überprüfung eines Projekts erfolge bereits vor Beginn des sanitätsbehördlichen Verfahrens im Rahmen der externen Bauprüfung. Generelle Regelungen hinsichtlich der Größe von Räumlichkeiten seien aufgrund der unterschiedlichen Rah-

Organisation und räumliche Gestaltung

menbedingungen in den Krankenanstalten (Alt- oder Neubau, Lage der Organisationseinheit etc.) nicht zweckmäßig und würden unter Umständen einen kostentreibenden Effekt bewirken.

(2) Laut Stellungnahme der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. sei eine Adaptierung der räumlichen Ausgestaltung im Masterplan vorgesehen, könne aber aufgrund fehlender Finanzierungszusagen durch das Land Oberösterreich derzeit nicht umgesetzt werden.

- 11.4** Der RH stellte gegenüber dem Land Oberösterreich klar, dass er das Fehlen entsprechender Anmerkungen in der Betriebsbewilligung für das KH BHS Ried und nicht in der Errichtungsbewilligung aufgezeigt hatte. Eine Thematisierung der vom KH BHS Ried prognostizierten Patientenfrequenzen in den Bewilligungsbescheiden bzw. Niederschriften war für den RH insgesamt nicht nachvollziehbar.

Bezüglich der baulichen und betriebsorganisatorischen Überprüfung eines Projekts im Rahmen der externen Bauprüfung wies der RH darauf hin, dass in den Gutachten betreffend das KH BHS Ried und das KH Wels entsprechende konkrete und nachvollziehbare Angaben bzw. Vergleiche mit ähnlichen Projekten fehlten.

Aus Sicht des RH waren die von ihm empfohlenen Regelungen für die räumliche Ausgestaltung von Erstaufnahmeeinheiten jedenfalls insofern zweckmäßig, als sie nachvollziehbar und umfassend begründete Beurteilungen der geplanten Vorhaben ermöglichten, auf deren Basis schon im Vorfeld auch im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit notwendige Adaptierungen durchgeführt werden könnten.

Patienten in den Erstaufnahmeeinheiten

- Patientengruppen **12.1** (1) Die in den überprüften Erstaufnahmeeinheiten behandelten Patientengruppen stellten sich im Überblick wie folgt dar:

Tabelle 4: Patientengruppen der Erstaufnahmeeinheiten			
	KH Vöcklabruck	KH Wels	KH BHS Ried
grundsätzlich:	• Patienten ohne Termin		
Abweichungen vom Grundsatz:			
• Unfallpatienten, Gebärende, Kinder (Ausnahmen im KH Wels) ¹			
1) von Versorgung in Erstaufnahmeeinheit ausgenommen	<ul style="list-style-type: none"> • Intensivpatienten in Notarztbegleitung • Unterbringungspatienten • grundsätzlich Patienten mit Facharztüberweisung (Ausnahmen²) 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangere • Psychiatrie- und Unterbringungspatienten • Patienten mit Facharztüberweisung (+ Sonderregelung³) 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangere mit gynäkologischen Problemen • Patienten mit Facharztüberweisung³ • Intensivpatienten in Notarztbegleitung • viele Sonderfälle⁴
2) außerhalb der Ambulanzöffnungszeiten zu versorgende Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder mit Nachblutung nach Tonsillektomie • HNO-, Augen-, Psychatriepatienten • Patienten mit Facharztüberweisung 	<ul style="list-style-type: none"> • Lungenpatienten • Patienten mit Facharztüberweisung 	<ul style="list-style-type: none"> • Erwachsene und Kinder mit HNO- oder Augenkrankungen • Patienten mit postoperativen Problemen • Patienten mit Facharztüberweisung
geregelt in	<ul style="list-style-type: none"> • Prozessdarstellung im Anhang zum Ambulanzstatut 	<ul style="list-style-type: none"> • Statut der Erstaufnahmeeinheit • drei verschiedene Darstellungen zu Patientenströmen • Mitarbeiterleitfaden • etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abteilungsordnung • Verfahrensanweisung akute und elektive Patientenaufnahme • Protokoll Teambesprechung
Qualität der schriftlichen Regelungen	<ul style="list-style-type: none"> • Regelungen unübersichtlich und unvollständig 	<ul style="list-style-type: none"> • zahlreiche, unübersichtliche, teils widersprüchliche Regelungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Definition grundsätzlich transparent und verständlich

¹ Ausnahme im KH Wels: Kinder bei verlegtem Atemweg, HNO-Nachblutungen und Hodentorsion in Erstaufnahmeeinheit versorgt

² Ausnahme von der Ausnahme: Patienten der Inneren Medizin mit Facharztüberweisung waren auch während der Ambulanzzeiten in der Erstaufnahmeeinheit zu behandeln.

³ während Ambulanzöffnungszeiten Möglichkeit der Weiterleitung an die Fachambulanz ohne Begutachtung/Behandlung in Erstaufnahme

⁴ während der Ambulanzöffnungszeiten: HNO- und Augenpatienten, Patienten mit postoperativen Problemen; unabhängig von Ambulanzöffnungszeiten: von anderen Krankenanstalten an Fachabteilungen transferierte Patienten, terminisierte Patienten anderer Fachdisziplinen

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

(2) Die überprüften Erstaufnahmeeinheiten behandelten grundsätzlich alle nicht terminisierten Patienten; ausgenommen waren überall Unfallpatienten, Gebärende und Kinder (Sonderregelungen für Kinder gab es im KH Wels). Darüber hinaus bestanden in allen Erstaufnahmeeinheiten teilweise sehr komplexe Ausnahme- bzw. Sonderregelungen.

Patienten in den Erstaufnahmeeinheiten

(3) (a) Im KH Vöcklabruck war das Patientenspektrum in den Prozessdiagrammen des Ambulanzstatuts (TZ 21) unübersichtlich geregelt, manche Ausnahmeregelungen waren nicht schriftlich festgelegt.

(b) Im KH Wels bestand keine umfassende schriftliche Darstellung der in der Erstaufnahmeeinheit zu betreuenden Patientengruppen. Diese ergaben sich aus einer Reihe verschiedener Dokumente, wobei Widersprüche bestanden.²²

(c) Im KH BHS Ried waren die zu versorgenden Patientengruppen grundsätzlich übersichtlich definiert.

12.2 Der RH hielt kritisch fest, dass das KH Vöcklabruck nur über eine unklare Definition der in der Erstaufnahmeeinheit zu versorgenden Patientengruppen verfügte. Er empfahl daher dem KH Vöcklabruck eine klare und umfassende schriftliche Festlegung.

Weiters bemängelte der RH, dass im KH Wels die Definition der in der Erstaufnahmeeinheit zu versorgenden Patientengruppen in mehreren Informationsquellen verstreut und teilweise widersprüchlich war. Dem KH Wels empfahl er, eine einheitliche, klare und übersichtliche Definition der in der Erstaufnahmeeinheit zu versorgenden Patienten zu erarbeiten und den Mitarbeitern zugänglich zu machen.

Demgegenüber hob der RH hervor, dass die Definition der zu versorgenden Patienten im KH BHS Ried grundsätzlich transparent und verständlich geregelt war.

12.3 (1) *Laut Stellungnahme der gespag werde sie die im Ambulanzstatut festgehaltenen Definitionen überprüfen und gegebenenfalls detaillierter und umfassender gestalten.*

²² Die Ambulanzordnung (aus 2010) erwähnte das „Mutter-Kind-Zentrum“ und nicht die Kinderambulanz, sie differenzierte nicht zwischen Allgemeinmediziner- oder Facharzt-einweisung, sondern sprach von gezielter Facheinweisung, in den beiden Dokumenten zu den Patientenströmen wurde aber differenziert. Die Dokumente zu den Patientenströmen erwähnten Gebärende und Psychiatrie-Patienten und die hierfür zuständigen Abteilungen nicht.

Im Ambulanzstatut waren Gynäkologie-Patientinnen nicht von der Versorgung in Erstaufnahmeeinheiten ausgenommen, sondern nur Schwangere. Kinder waren laut der Ambulanzordnung generell ausgenommen. Laut Willkommensmappe und Informationsmappe waren Gynäkologie-Patientinnen (eine größere Gruppe als „Schwangere“) von der Versorgung in der Erstaufnahmeeinheit ausgenommen und Kinder bei Hodenschmerz oder TE-Nachblutung wiederum in der Erstaufnahmeeinheit zu versorgen. Augenpatienten, laut Mitarbeiterleitfaden ebenso von der Versorgung ausgenommen, waren in der Ambulanzordnung nicht erwähnt.

(2) Laut Stellungnahme der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH regle das Statut der Erstaufnahmeeinheit Betriebszeiten, Patientenversorgung und Abläufe, Pflichten und Rechte des Aufnahmearztes sowie die Zusammenarbeit des Aufnahmearztes mit den anderen Abteilungen des Hauses in seinen Grundzügen. Die Detailregelungen würden in den entsprechenden Schnittstellenvereinbarungen getroffen. Die Regelung aller Detailvereinbarungen in einem einzigen Statut der Erstaufnahmeeinheit wäre nicht zielführend, weil bei einzelnen Adaptierungen immer das gesamte Dokument geändert werden müsste und für die einzelnen Abteilungen des Hauses nur die direkten Vereinbarungen mit der Akutaufnahme von Relevanz seien.

- 12.4** Der RH entgegnete der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH, dass die von ihm empfohlene Erarbeitung einer einheitlichen, klaren und übersichtlichen Definition der in der Erstaufnahmeeinheit zu versorgenden Patienten nicht nur für die jeweiligen Abteilungen im KH Wels, sondern in erster Linie für die Mitarbeiter der Erstaufnahmeeinheit und im Interesse patientensicherer und effizienter Abläufe unabdingbar war; dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass gerade in Notaufnahmen der Zeitfaktor eine wichtige Rolle spielte. Er hielt weiters fest, dass die empfohlene Definition der Patientengruppen nicht zwingend im Statut der Erstaufnahmeeinheit enthalten sein muss.

Patientenfrequenzen
in den Erstaufnahme-
einheiten

- 13.1** (1) Die Gesamtfrequenzen von Patienten²³ in den Erstaufnahmeeinheiten sowie der Anteil jener Frequenzen, die zu einer stationären Aufnahme am selben Tag führten, stellten sich in den überprüften Erstaufnahmeeinheiten wie folgt dar:

²³ Als Frequenz galt, wenn der Besuch des ambulanten Patienten zum Zweck einer Untersuchung/Behandlung oder eines medizinischen Beratungsgesprächs erfolgte. Fand noch am Tag der Frequenz eine stationäre Aufnahme statt, so war keine ambulante Frequenz, sondern eine stationäre Frequenz zu zählen.

Patienten in den Erstaufnahmeeinheiten

Tabelle 5: Patientenfrequenzen in den Erstaufnahmeeinheiten					
	2011	2012	2013	2014	Entwicklung 2011 bis 2014
	Anzahl				in %
KH Vöcklabruck					
gesamt	16.046	16.490	16.954	18.304	+ 14,09
<i>davon stationär</i>	7.022	6.847	6.908	7.265	+ 3,46
Anteil stationär in %	43,76	41,52	40,75	39,68	- 9,32
KH Wels					
gesamt	24.873	28.323	33.168	34.932	+ 40,44
<i>davon stationär</i>	11.420	11.611	12.778	13.489	+ 18,12
Anteil stationär in %	45,91	40,99	38,53	38,62	- 15,88
KH Ried¹					
gesamt	-	-	7.707 ¹	16.236	-
<i>davon stationär</i>	-	-	3.405 ¹	6.661	-
Anteil stationär in %	-	-	44,18	41,03	-

¹ Daten zweite Hälfte 2013, daher keine Entwicklung dargestellt

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

(a) Wie die Tabelle zeigt, stiegen die Patientenfrequenzen in allen überprüften Krankenanstalten im Zeitraum 2011 bis 2014 (KH BHS Ried: 2013 auf 2014) deutlich an. Der Anstieg war im KH Wels mit insgesamt rd. 40 % bzw. rd. 13,5 % im Jahresdurchschnitt mit Abstand am höchsten, wobei sich die Steigerungsrate von 2013 auf 2014 (+ 5,3 %) deutlich verringerte.

Im KH Vöcklabruck war eine gegenläufige Entwicklung erkennbar, die höchste Steigerung von Patientenfrequenzen erfolgte erst von 2013 auf 2014 um rd. 8 % (davor jeweils um rd. 3 %); im Durchschnitt stiegen die Patientenfrequenzen um rd. 5 % jährlich. Im KH BHS Ried betrug dieser Anstieg hochgerechnet von 2013 auf 2014 ebenfalls rd. 5 %.

(b) Die durchschnittliche Tagesauslastung erhöhte sich von 2011 bis 2014 im KH Vöcklabruck von 44 auf 50 Patientenfrequenzen (rd. + 14 %) und im KH Wels von 68 auf 96 Patientenfrequenzen (rd. + 40 %); im KH BHS Ried stiegen die durchschnittlichen täglichen Frequenzen von 2013 auf 2014 von 42 auf 44.

(c) Der Anteil der schließlich stationär aufgenommenen Patienten war in allen überprüften Krankenanstalten ähnlich und betrug 2014 zwischen 38,6 % (KH Wels) und 41,0 % (KH BHS Ried). Diesbezüglich war überall ein Rückgang erkennbar; im KH Vöcklabruck betrug dieser seit 2011 rd. 9 % und im KH Wels rd. 16 %, im KH BHS Ried hochgerechnet von 2013 auf 2014 rd. 7 %.

(2) Der Literatur zufolge war bei Notaufnahmen von einem durchschnittlichen jährlichen Zuwachs von Patientenkontakten von 4 % bis zu 10 % auszugehen. Notaufnahmen wurden immer häufiger als primärer Zugang zum Gesundheitswesen gewählt. Eine mögliche Erklärung für diese Entwicklung waren Defizite in der präklinischen Patientensteuerung.²⁴

13.2 (1) Vor dem Hintergrund, dass in allen drei Erstaufnahmeeinheiten die Gesamtfrequenzzahlen (stark) stiegen, wies der RH darauf hin, dass die durchschnittliche Steigerungsrate im KH Wels mit 13,5 % jährlich am höchsten war und damit deutlich über den in der Literatur angegebenen Bandbreiten von 4 % bis 10 % lag. Allerdings war die Steigerung von 2013 auf 2014 mit 5,3 % geringer und entsprach ungefähr den (durchschnittlichen) Steigerungen im KH Vöcklabruck und im KH BHS Ried.

(2) Positiv bewertete der RH, dass der Anteil der Frequenzen stationärer Aufnahmen an den Gesamtfrequenzen in allen überprüften Erstaufnahmeeinheiten eine sinkende Tendenz aufwies.

(3) In diesem Zusammenhang hielt der RH fest, dass die steigenden ambulanten Frequenzen in den Erstaufnahmeeinheiten im Spannungsverhältnis zu der im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 mit der verstärkten Einrichtung von Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) intendierten Entlastung des stationären und spitalsambulanten Bereichs standen.

²⁴ bspw. Hoffmann/Stein/Maier/Rieder/Dorner, Access points to the different levels of health care and demographic predictors in a country without a gatekeeping system. Results of a cross-sectional study from Austria, European Journal of Public Health, Jänner 2013, S. 933; Christ/Grossmann/Winter/Bingisser/Platz, Triage in der Notaufnahme: Moderne, evidenzbasierte Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit, Deutsches Ärzteblatt Int 2010

Patienten in den Erstaufnahmeeinheiten

Patientenströme **14.1** (1) Im Jahr 2014 versorgten die überprüften Erstaufnahmeeinheiten die jeweils eigene Versorgungsregion²⁵ mit rd. 94 % (KH Vöcklabruck), rd. 83 % (KH Wels) und rd. 86 % (KH BHS Ried).

(2) Rund 50 % der Patienten kamen während der Woche zwischen 8.00 Uhr und 18.00 Uhr, in der Nacht während der Woche rd. 23 %. An Wochenenden/ Feiertagen frequentierten rd. 28 % der Patienten die überprüften Erstaufnahmeeinheiten.

(3) In alle überprüfte Erstaufnahmeeinheiten kamen insgesamt rd. 70 % der Patienten ohne ärztliche Überweisung; von den rd. 30 % mit Überweisung kam im KH Vöcklabruck und im KH Wels durchschnittlich rund ein Viertel in der Nacht oder an Wochenenden/Feiertagen. Im KH BHS Ried war eine solche differenziertere zeitliche Auswertung (z.B. mit/ohne Überweisung tagsüber bzw. an Wochenenden/Feiertagen) nicht möglich.

(4) In das KH Vöcklabruck und das KH Wels kamen im Jahr 2014 rd. 60 % bzw. 63 % der Patienten privat, 32 % mit der Rettung und 4,5 % bzw. 3 % mit dem Notarztwagen bzw. dem Notarzteinsatzfahrzeug.²⁶ Das KH BHS Ried konnte die Einweisungsart der Patienten in die Erstaufnahmeeinheit nicht auswerten.

14.2 Im Hinblick darauf, dass rd. 30 % der Patienten die überprüften Erstaufnahmeeinheiten mit ärztlicher Überweisung aufsuchten und im KH Vöcklabruck und im KH Wels rund ein Viertel davon in der Nacht bzw. an Wochenenden/Feiertagen, empfahl der RH dem Land Oberösterreich, die aufgezeigten Daten bei seinen künftigen Planungen für den spitalsambulanten bzw. niedergelassenen Bereich mitzuberücksichtigen, um bspw. Parallelstrukturen zu vermeiden und den best point of service sicherzustellen.

Bezüglich des KH BHS Ried hielt der RH kritisch fest, dass weder Daten betreffend Patienten mit oder ohne Überweisung zeitlich differenziert auswertbar noch solche über die Einweisungsart (Selbsteinweiser, Rettung etc.) verfügbar waren. Er empfahl diesem, solche Daten zu erfassen bzw. auszuwerten, um insbesondere auch wichtige Steuerungsinformationen zur Abstimmung mit dem niedergelassenen Bereich zu gewinnen.

²⁵ Der ÖSG unterteilte Österreich im Sinne eines regionalen Rahmenplans in 32 Versorgungsregionen (VR); Oberösterreich hatte sechs VR (41 bis 46), die jeweils mehrere politische Bezirke umfassten. Das KH Vöcklabruck lag in der VR 45 (Gmunden, Vöcklabruck), das KH Wels in der VR 42 (Wels (Stadt), Eferding, Grieskirchen, Wels-Land) und das KH BHS Ried in der VR 46 (Braunau, Ried/Innkreis, Schärding).

²⁶ Die Einweisungsart von 3 % bzw. 1 % der Patienten war nicht dokumentiert bzw. unbekannt; die restlichen 0,5 % bzw. 1 % der Patienten kamen bspw. mit Hubschrauber oder Polizei.

14.3 (1) Das Land Oberösterreich sagte in seiner Stellungnahme zu, die Einweisungsarten so weit wie möglich zu berücksichtigen. Es wies darauf hin, dass diese nicht routinemäßig und IT-gestützt erhoben würden. Das Land Oberösterreich werde diese Daten nach Maßgabe des entstehenden Aufwands bei den Krankenanstalten einfordern. Auch die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse führe keine Statistik über die Zuweisungen ihrer Vertragsärzte.

(2) Laut Stellungnahme der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. sei die Auswertbarkeit mit oder ohne Überweisung derzeit schon gegeben. Weitere Differenzierungen würden aber überlegt.

Beschwerden,
Diagnosen

15.1 (1) Die Auswertungsmöglichkeiten der in den überprüften Erstaufnahmeeinheiten behandelten Beschwerden und erstellten Diagnosen stellten sich wie folgt dar:

Tabelle 6: Beschwerden und Diagnosen, Auswertungsmöglichkeiten			
	KH Vöcklabruck	KH Wels	KH BHS Ried
Beschwerden			
standardmäßig auswertbar	nein (Freitextfelder)	ja	
nach	Symptomen		Fachrichtungen
Diagnosen			
standardmäßig auswertbar	nein (Freitextfelder)		
Dokumentation	Arztbriefe/Ambulanzberichte		

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

(a) Die unterschiedlichen Auswertungsmöglichkeiten führten zu folgenden Ergebnissen:

- Laut einer beispielhaften Auswertung des KH Vöcklabruck hatten rd. 84 % bis rd. 88 % Patienten internistische (einschließlich Schmerzpatienten) und neurologische Beschwerden. Aufgrund der Erfassung in Freitextfeldern war eine standardmäßige Auswertung nicht möglich.
- Für das KH Wels zeigte eine Auswertung der elektronisch erfassten Symptome für 2014, dass vor allem Patienten mit Schmerzsymptomen (rd. 32 % insbesondere Bauch-, Thorax-, Rücken- und Kopfschmerzen), Unwohlsein (rd. 20 %), Extremitätenproblemen (rd.

Patienten in den Erstaufnahmeeinheiten

12 %) und mit Atemnot (rd. 6 %) die Erstaufnahmeeinheit aufsuchten.

- Eine Auswertung der in die Erstaufnahmeeinheit des KH BHS Ried kommenden Patienten nach Fachrichtungen ergab für 2014 bspw. folgende Hauptgruppen: rd. 21 % allgemein-internistische bzw. 11 % kardiologische, rd. 18 % orthopädische, rd. 11 % chirurgische und rd. 10 % neurologische Fälle.

(b) In allen überprüften Erstaufnahmeeinheiten waren Diagnosen für die von der Erstaufnahmeeinheit entlassenen Patienten in der IT in Freitextfeldern erfasst; standardmäßige Auswertungen waren daher nicht möglich.

(2) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag legte die Durchführung von Pilotprojekten einschließlich der Erstellung eines entsprechenden Konzepts im operativen Ziel 7.2.1. („Sektorenübergreifende einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation (standardisiert und codiert) sicherstellen und schrittweise umsetzen“) fest; dieses operative Ziel fand sich auch im Oberösterreichischen Landes-Zielsteuerungsvertrag, wobei das von der Bundesgesundheitskommission abgenommene Konzept für den ambulanten Bereich ab Beginn 2016 umgesetzt werden sollte.

Laut BMGF hätten die Pilotprojekte zur standardisierten und codierten Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich im April 2015 begonnen und seien für zwei Quartale anberaumt.²⁷ In der eingerichteten Arbeitsstruktur werde ein Evaluierungsbericht ausgearbeitet und bis Mitte 2016 der Bundesgesundheitskommission zur Entscheidung über die weitere Vorgangsweise vorgelegt.

- 15.2** Der RH erachtete es als unzweckmäßig, dass die überprüften Erstaufnahmeeinheiten Beschwerden und Diagnosen (teilweise) unterschiedlich erfassten und diese nicht bzw. unterschiedlich (nach Symptomen bzw. Fachbereichen) standardmäßig auswertbar waren; dadurch war auch ein diesbezüglicher Vergleich der überprüften Erstaufnahmeeinheiten nicht möglich.

Der RH sah dies vor allem deshalb kritisch, weil dadurch wichtige Qualitätssicherungs-, Steuerungs- bzw. Planungsinstrumente/-daten sowohl (teilweise) innerhalb der jeweiligen Krankenanstalt als auch im Gesamtkontext einer Versorgungsregion bzw. im überregionalen Bereich fehlten. Der RH beurteilte daher die Initiative des BMGF für

²⁷ Für den spitalsambulanten Bereich seien Krankenanstalten in Kärnten, der Steiermark und Vorarlberg als Teilnehmer nominiert.

eine einheitliche Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich positiv. Er empfahl dem BMGF eine konsequente und raschestmögliche Umsetzung.

15.3 (1) *Laut Stellungnahme des BMGF fordere es eine einheitliche Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich seit vielen Jahren. Entsprechende vorbereitende Arbeiten und Pilotprojekte seien durchgeführt worden. Ein Bericht darüber werde den politischen Entscheidungsgremien im Laufe des Jahres 2016 vorgelegt werden. Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit werde derzeit ein Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich entwickelt. Das BMGF beabsichtige, dass für jene Leistungen, die bisher teilweise im stationären Bereich als Null-Tagesaufenthalte erbracht worden seien, auch bei einer Erbringung im spitalsambulanten Bereich die Diagnosen zu erfassen sein würden.*

(2) *Die Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass es aktuell keinen einheitlichen Katalog für Beschwerden oder Diagnosen gebe. In einer Erstversorgungseinheit könne nicht immer eine abschließende Diagnose gestellt werden.*

15.4 Der RH wies gegenüber der Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH darauf hin, dass eine einheitliche Dokumentation nicht zwingend eine abschließende Diagnose voraussetze.

Personal

Ärztliche und
pflegerische
Personalausstattung

16.1 (1) Die Kennzahlen „durchschnittliche Patientenfrequenzen je Arzt“ und „durchschnittliche Patientenfrequenzen je Pflegekraft“ stellten sich für 2014 folgendermaßen dar:

Personal

Tabelle 7: Durchschnittliche Patientenfrequenzen je Arzt und Pflegekraft (in VZÄ), 2014		
	Personal	Patienten je Arzt/ Pflegekraft
	Anzahl	
KH Vöcklabruck	(18.304 Patienten)	
Ärzte	7,93 ¹	2.308
Pflege	13,64 ¹	1.342
KH Wels	(34.932 Patienten)	
Ärzte	11,90	2.935
Pflege	19,57	1.785
KH BHS Ried	(16.236 Patienten)	
Ärzte	5,75	2.824
Pflege	12,32	1.318

¹ unter Abzug des auf die Aufnahmeabteilung entfallenden Anteils der Arbeitszeiten

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

(a) Im KH Vöcklabruck versorgte im Jahr 2014 jeder Arzt 2.308 Patienten und jede Pflegekraft 1.342 Patienten. Hinzu kam, dass die Ärzte der Erstaufnahmeeinheit gleichzeitig auch als Notärzte tätig waren.

(b) Im KH Wels betreute im Jahr 2014 jeder Arzt 2.935 Patienten und jede Pflegekraft 1.785 Patienten. Anders als im KH Vöcklabruck besorgten im KH Wels die Ärzte der Anästhesie den Notarztdienst.

(c) Im KH BHS Ried betreute jeder Arzt 2.824 Patienten und jede Pflegekraft 1.318 Patienten. Den Notarztdienst besorgten im KH BHS Ried ebenfalls die Ärzte der Anästhesie.

(2) Die Entwicklung der ärztlichen und pflegerischen Personalausstattung²⁸ stellte sich in den überprüften Erstaufnahmeeinheiten von 2011 bis 2014 wie folgt dar:

²⁸ Die administrative Aufnahme der ungeplanten Patienten erfolgte in allen drei Krankenanstalten grundsätzlich über Personal der Verwaltung, das für die Erstaufnahmeeinheiten tätig war. Außerhalb der regulären Dienstzeiten für Verwaltungsmitarbeiter gab es in den Krankenanstalten verschiedene Regelungen, um die administrative Aufnahme zu organisieren (z.B. durch Pflegekräfte oder den Portier).

Tabelle 8: Ärzte¹ und Pflege² in Erstaufnahmeeinheiten im Jahresdurchschnitt

	2011	2012	2013	2014	Entwicklung 2011 bis 2014
	in VZÄ				in %
KH Vöcklabruck³					
Ärzte	7,91	7,37	8,16	9,09	+ 14,9
Pflege	14,88	15,48	16,09	16,64	+ 11,8
<i>Patientenfrequenzen</i>	16.046	16.490	16.954	18.304	+ 14,1
KH Wels					
Ärzte ⁴	8,00	9,80	12,10	11,90	+ 49,0
Pflege	16,50	17,74	19,18	19,57	+ 18,6
<i>Patientenfrequenzen</i>	24.873	28.323	33.168	34.932	+ 40,4
KH BHS Ried					
Ärzte			5,06	5,75	+ 13,6
Pflege			11,57	12,32	+ 6,5
<i>Patientenfrequenzen</i>	–	–	7.707 ⁵	16.236	– ⁵

¹ Die Darstellung des ärztlichen Personals beinhaltet keine mitarbeitenden Turnusärzte.

² Die Daten betreffend das pflegerische Personal beinhalten ausschließlich Pflegekräfte. Allfällige Mitarbeiter des Sanitätshilfsdienstes sowie kalkulatorische Personaldaten sind nicht enthalten.

³ Die Ärzte (zu einem geringen Teil) und das Pflegepersonal des KH Vöcklabruck betreuen auch die Aufnahme- und Entlassstation.

⁴ bis Ende 2011 Unterstützung durch Turnusärzte, ab 2012 Schichtdienst

⁵ Start der Erstaufnahmeeinheit erst Mitte 2013, daher wird keine Entwicklung dargestellt.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

(a) Das KH Wels verfügte in seiner Erstaufnahmeeinheit über die meisten Ärzte (2014: 11,9 VZÄ) und Pflegekräfte (2014: 19,57 VZÄ); diese versorgten im Vergleich zu den anderen beiden Erstaufnahmeeinheiten mit Abstand die höchste Patientenzahl. Im KH Vöcklabruck und im KH BHS Ried waren rund neun bzw. 5,75 VZÄ als Ärzte und 16,64 bzw. 12,32 VZÄ als Pflegekräfte tätig.

(b) Seit 2011 erhöhten sowohl das KH Vöcklabruck als auch das KH Wels die Personalausstattung in ihren Erstaufnahmeeinheiten, wobei die Ärzte und Pflegekräfte im KH Vöcklabruck auch die Aufnahme- und Entlassstation mitbetreuten. Das KH Wels erhöhte vor allem die Anzahl der Ärzte (+ 49 %), wobei dort die Patientenfrequenzen mit + 40,4 % seit 2011 ebenfalls am stärksten stiegen. Das KH BHS Ried erhöhte seit Bestehen der Erstaufnahmeeinheit (Mitte 2013) deren Personalausstattung ebenfalls.

Personal

(3) Weder die krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben noch der ÖSG noch der Oö KAP/GGP sahen Vorgaben betreffend die adäquate Anzahl von ärztlichem bzw. pflegerischem Personal in Erstaufnahmeeinheiten vor.

- 16.2** Der RH wies auf die teilweise deutlichen Unterschiede bei den durchschnittlichen Patientenfrequenzen je Mitarbeiter in den Erstaufnahmeeinheiten hin; so versorgte etwa im Jahr 2014 jeder Arzt im KH Wels um rd. 630 Patienten (+ 27 %) und jeder Arzt des KH BHS Ried um rd. 520 Patienten (+ 22 %) mehr als die Ärzte der Erstaufnahmeeinheit des KH Vöcklabruck. Allerdings waren diese Ärzte des KH Vöcklabruck – anders als im KH Wels und im KH BHS Ried – auch als Notärzte tätig.

Weiters hielt der RH fest, dass eine Pflegekraft im KH Wels durchschnittlich um rd. 440 (+ 33 %) mehr Patienten als eine Pflegekraft im KH Vöcklabruck sowie um 470 (+ 35 %) mehr Patienten als eine Pflegekraft im KH BHS Ried versorgte.

Der RH verkannte nicht, dass die Personalbedarfsplanung gerade in Erstaufnahmeeinheiten aufgrund des ungeplanten Patientenaufkommens und ihren unterschiedlichen Anforderungen mit besonderen Herausforderungen konfrontiert war. Darüber hinaus waren auf Ebene der Krankenanstalten u.a. auch das durchgeführte Leistungsspektrum und die einzelnen Abläufe von entscheidender Bedeutung.

In diesem Zusammenhang verwies der RH auf seine Feststellungen insbesondere betreffend die unzureichende (Prozess)Dokumentation (TZ 25, 27 bis 30, 33) sowie den Handlungsbedarf bei den Prozessabläufen (TZ 21, 22, 24, 34) und auf die diesbezüglichen Empfehlungen, u.a. zur Verbesserung der Abläufe und der Datenlage. Daran anknüpfend empfahl der RH den überprüften Krankenanstalten, die Personalausstattung regelmäßig zu evaluieren bzw. anzupassen.

- 16.3** (1) *Laut Stellungnahme der gspag erfolge eine laufende und ausreichende Evaluierung der Personalausstattung im Zuge der zweimal jährlich stattfindenden Planungsprozesse in einem definierten Prozess, in dem die Leistungsanforderungen und allfällige Änderungen der Rahmenbedingungen Berücksichtigung finden würden.*

(2) *Wie die Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. in ihrer Stellungnahme mitteilte, werde im Zuge der Jahresplanung (Budgetgespräche) evaluiert; die Dienstposten-Planungen würden nach den Leistungsentwicklungen festgelegt.*

16.4 Der RH wiederholte gegenüber der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H., dass eine Evaluierung der Personalausstattung der Erstaufnahmeeinheit nicht nur auf Basis der Leistungsentwicklungen, sondern – vor dem Hintergrund des vielfältigen vom RH aufgezeigten Handlungsbedarfs bzw. bestehenden Verbesserungspotenzials in der Erstaufnahmeeinheit – gesamthaft erfolgen sollte.

Qualifikation des
ärztlichen und pflerischen Personals

Qualifikation des ärztlichen Personals

17.1 (1) Der ÖSG sah für das „Ärzteteam“ in Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. in Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) besondere, teilweise sehr allgemein formulierte Qualifikationsanforderungen vor: ius practicandi und gültiges Notarztdiplom²⁹, Praxis in der Erstversorgung, jährlicher Nachweis in Notfallkompetenz³⁰, Kenntnisse in Abdomen- und peripherer Gefäß- und Echosonographie sowie Kenntnisse in basaler Unfallversorgung.

(2) (a) Alle in den überprüften Erstaufnahmeeinheiten dauernd beschäftigten Ärzte verfügten über das ius practicandi. Im KH BHS Ried hatten diese Ärzte auch alle ein gültiges Notarztdiplom; demgegenüber fehlte ein solches bei jeweils einem Arzt im KH Vöcklabruck und im KH Wels.³¹

(b) Der im ÖSG für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) geforderte jährliche Nachweis in Notfallkompetenz in Form von Weiterbildungen, Notarzt-Refresher und ERC-Kursen war in den überprüften Krankenanstalten nicht durchgängig nachvollziehbar.

In diesem Zusammenhang wiesen die überprüften Krankenanstalten auch auf § 40 Ärztegesetz 1998 (Notarzt) hin; danach war mindestens alle zwei Jahre eine zweitägige theoretische und praktische Fortbildungsveranstaltung zu besuchen, um die Notarztbefugnis aufrechtzuerhalten.³² Davon ausgehend sei – so insbesondere laut KH Wels

²⁹ oder notfallspezifischer Zusatzausbildung in Innerer Medizin oder Anästhesie bzw. in der Facharztausbildung für Innere Medizin oder Anästhesie

³⁰ (Reanimation, Notfall-Intubation) in Form von Weiterbildungen, Notarzt-Refresher und ERC-Kursen

³¹ betreffend KH Vöcklabruck siehe auch TZ 19

³² Diese Fortbildungsveranstaltung war im Zeitraum vom 19. bis zum 30. auf den dem Stichtag folgenden Monat zu absolvieren. Wurde innerhalb von drei Jahren nach Abschluss des Lehrgangs oder Besuchs der letzten Fortbildungsveranstaltung keine zweitägige praktische und theoretische Fortbildungsveranstaltung besucht, war die Abschlussprüfung des Lehrgangs zu wiederholen.

Personal

und KH BHS Ried – ein jährlicher Nachweis der Notfallkompetenz gar nicht möglich.

(c) Betreffend die im ÖSG geforderten Kenntnisse in Abdomen- und peripherer Gefäß- und Echosonographie vertraten die überprüften Krankenanstalten unterschiedliche Auffassungen. Laut KH Vöcklabruck sei dieses Qualifikationserfordernis allein durch die Absolvierung der ärztlichen Ausbildung zum Allgemeinmediziner oder Facharzt erfüllt; laut KH Wels und KH BHS Ried sei diesbezüglich jedenfalls eine eigene Ausbildung notwendig.³³

- Im KH Vöcklabruck hatten fünf der zwölf Ärzte der Erstaufnahmeeinheit (einen) (Grund)Kurs(e) in Abdomen-Sonographie und zwei von diesen auch (Grund)Kurse in Echokardiographie absolviert.
- Im KH Wels hatten von 15 Ärzten acht, im KH BHS Ried von sieben Ärzten fünf unterschiedliche Fortbildungen in Notfall-, Herz- bzw. Abdomensonographie absolviert.
- Nachweise über spezielle Kenntnisse oder Fortbildungen in peripherer Gefäß- und Echosonographie der Erstaufnahmeärzte legten die überprüften Krankenanstalten nicht vor.

(3) Im Übrigen absolvierten die in den Erstaufnahmeeinheiten tätigen Ärzte unterschiedliche Fortbildungen bzw. Trainings (z.B. KH BHS Ried: regelmäßige interne Mega-Code-Trainings) sowohl innerhalb der Krankenanstalt als auch extern.³⁴

17.2 (1) Der RH hielt die nur allgemein gehaltenen Formulierungen der meisten im ÖSG für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) vorgesehenen, ärztlichen Qualifikationserfordernisse für unzumutbar. So blieb etwa offen, unter welchen Voraussetzungen die Erfordernisse „jährlicher Nachweis in Notfallkompetenz“ oder „Kenntnisse in Abdomen- und peripherer Gefäß- und Echosonographie“ erfüllt waren. Unklar war weiters auch, ob bzw. wie das Erfordernis „Kenntnisse in basaler Unfallversorgung“ zu erbringen war, auch wenn das Patientenspektrum der Erstaufnahmeeinheiten – wie im vorliegenden Fall – keine Unfallpatienten umfasste. Ferner kritisierte der RH, dass unklar war, was genau mit „Ärzteteam“ gemeint war, also ob alle Ärzte die Qualifikationserfordernisse erfüllen mussten oder nur ein bestimmter Anteil.

³³ Dabei wiesen die beiden Krankenanstalten auf die – in Österreich derzeit noch nicht absolvierbare – eigene Ausbildung für Notfallsonographie hin.

³⁴ Gemäß § 49 Ärztegesetz waren alle Ärzte zur laufenden Fortbildung verpflichtet.

Nach Ansicht des RH führte auch dies dazu, dass das Aus- und Fort- bzw. Weiterbildungsniveau sowohl innerhalb der Erstaufnahmeeinheiten als auch im Vergleich der überprüften Erstaufnahmeeinheiten sehr unterschiedlich war. Auch hielt der RH fest, dass keine der überprüften Krankenanstalten Kenntnisse bzw. spezielle Fortbildungen der Erstaufnahme-Ärzte in peripherer Gefäß- und Echosonographie nachwies.

Der RH empfahl daher dem BMGF, eindeutige Regelungen betreffend die Aus-, Fort- und Weiterbildung der in Erstaufnahmeeinheiten tätigen Ärzte zu treffen, um die Patientenbehandlungsqualität insbesondere vor dem Hintergrund des breiten Fallspektrums sowie der stetig steigenden und kaum steuerbaren Patientenzahlen in Erstaufnahmeeinheiten sicherzustellen. Bis zur Erlassung solcher Vorgaben empfahl er dem BMGF dringend eine Klarstellung der ärztlichen Qualifikationserfordernisse.

Den überprüften Krankenanstalten empfahl der RH, dementsprechend Aus- bzw. Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen für die Ärzte der Erstaufnahmeeinheiten zu veranlassen; allen überprüften Krankenanstalten empfahl der RH darüber hinaus, die Notarztausbildung (bzw. ein gültiges Notarztdiplom) aller dort tätigen Ärzte sicherzustellen bzw. regelmäßig zu überprüfen.

17.3 *(1) Laut Stellungnahme des BMGF sei der ÖSG als Rahmenplan grundsätzlich nicht das geeignete Instrument, um konkrete Aus-, Fort- und Weiterbildungsregelungen festzulegen. Das BMGF werde sich dafür einsetzen, dass die erforderlichen Qualifikationen in Erstaufnahmeeinheiten im ÖSG so klar wie möglich definiert werden.*

(2) Laut Stellungnahme der gespag handle es sich bei der Organisationseinheit „Akutaufnahme“ nicht um eine Zentrale Erstversorgungseinheit oder Ambulante Erstversorgungseinheit im Sinne des ÖSG; das Salzkammergut-Klinikum habe mit dieser Organisationseinheit von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Erstversorgung von Patienten durch andere ambulante Einrichtungen sicherzustellen. Die Vorgaben aus dem ÖSG könnten keine verbindliche normative Wirkung auf die Ausstattung und den Betrieb dieser Akutaufnahme haben. Trotzdem bemühe sich die gespag und setze entsprechende Maßnahmen, um die Qualifikation der dort tätigen Ärzte und der Pflege in Richtung der Empfehlungen des ÖSG für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) zu entwickeln.

(3) Die Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH wiederholte in ihrer Stellungnahme bezüglich der Qualifikationserfordernisse für Ärzte in Erstversorgungseinheiten, dass die im ÖSG geforderte jährliche Nachweis-

Personal

pflicht der Notfallkompetenz nicht praktikabel sei. Es solle im ÖSG ein zweijähriger Nachweis der Notfallkompetenz verankert werden, weil sich dieses Intervall mit dem Notarzt-Auffrischkurs decke. Bezüglich des Nachweises von Kenntnissen in Abdomen- und peripherer Gefäß- und Echosonographie sei anzumerken, dass es zwar ein Ausbildungscurriculum gebe, jedoch das „Final Teaching“ zur Erreichung des Diplomstatus nicht strukturiert angeboten werde. Kenntnisse in der basalen Unfallversorgung würden im Rahmen der Ausbildung zum Allgemeinmediziner vermittelt. Es werde in der Erstaufnahmeeinheit des KH Wels keine routinemäßige Unfallversorgung durchgeführt, weil eine eigene Unfallerstversorgung bestehe. Somit würden Doppelgleisigkeiten vermieden. Die Ausbildung der Ärzte in Erstversorgungseinheiten solle sich nach den Vorgaben der österreichischen und deutschen Fachgesellschaften für Notfallmedizin (AAEM, DGINA) orientieren.

17.4 (1) Der RH nahm die Absichtserklärung des BMGF positiv zur Kenntnis; er vermisste allerdings die empfohlene unmittelbare Klarstellung bis zur Erlassung des neuen ÖSG. Aus Sicht des RH waren einheitliche Qualitätsstandards für das Aus- bzw. Fortbildungsniveau von in der Erstversorgung tätigen Ärzten im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit unabdingbar. Weiters brachte der RH dem BMGF die Auffassung der Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH betreffend die idealtypische Fortbildung von Erstversorgungs-Ärzten zur Kenntnis.

(2) Der RH verwies gegenüber der gespag auf TZ 10 und seine Feststellungen zu den Unklarheiten betreffend die (Betriebs)Form der überprüften Erstaufnahmeeinheiten. Weiters wies er auf die vom BMGF in seiner Stellungnahme geäußerte Intention hin, dass auch bestehende Erstaufnahmeeinheiten im Sinne der Vorgaben des ÖSG für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) adaptiert werden sollten (siehe auch TZ 3). Das von der gespag zugesagte Bemühen um eine dem ÖSG entsprechende Personalausstattung nahm der RH daher positiv zur Kenntnis.

Qualifikation des Pflegepersonals

18.1 (1) Betreffend die erforderliche Qualifikation des Pflegepersonals in Erstaufnahmeeinheiten sah der ÖSG keine konkreten Regelungen vor. Er verwies diesbezüglich auf das Erfordernis einer „personellen Ausstattung nach pflegerischen Anforderungen einer Erstversorgungs- bzw. Notfallambulanz, ergänzt um die Anforderungen der Patientenbetreuung im Beobachtungs-/Aufnahmebereich“.

(2) Die Pflegekräfte der Erstaufnahmeeinheiten aller drei überprüften Krankenanstalten hatten überwiegend (Ausnahme Vöcklabruck)³⁵ eine Ausbildung für die Durchführung von Ersteinschätzungen zur Feststellung der Behandlungsdringlichkeit der Patienten³⁶ (TZ 22) absolviert. Darüber hinaus verfügten diese Pflegekräfte – je Krankenanstalt unterschiedlich – über weitere Qualifikationen.³⁷

(3) In seiner Stellungnahme zur Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) im September 2015 hatte der RH zu § 17 des Entwurfs u.a. angeregt, auch die Erfordernisse einer etwaigen Spezialisierung für die Tätigkeit in Erstversorgungseinrichtungen bzw. Akut-/Notaufnahmen zu berücksichtigen.

- 18.2** Der RH hielt kritisch fest, dass der ÖSG keine konkreten Festlegungen betreffend die Qualifikation des Pflegepersonals in Erstaufnahmeeinheiten vorsah. Er anerkannte aber, dass die Pflegekräfte in den überprüften Erstaufnahmeeinheiten überwiegend über eine Ausbildung zur Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit verfügten.

Aufgrund der besonderen und vielfältigen fachlichen bzw. persönlichen Anforderungen auch an die Pflege in Erstaufnahmeeinheiten empfahl der RH dem BMGF, eindeutige Regelungen betreffend die Aus-, Fort- und Weiterbildung des in Erstaufnahmeeinheiten tätigen Pflegepersonals zu treffen. In diesem Zusammenhang erinnerte er an seine Empfehlung im GuKG-Begutachtungsverfahren betreffend eine Spezialisierung für die Tätigkeit in Erstversorgungseinrichtungen bzw. Akut-/Notaufnahmen und hielt diese weiterhin aufrecht.

³⁵ im KH Vöcklabruck noch nicht alle Pflegekräfte

³⁶ Das Manchester Triage System (MTS) ist ein standardisiertes Verfahren zur systematischen Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit von Patienten u.a. in Notaufnahmen.

³⁷ 1) Im KH Vöcklabruck verfügten manche Pflegekräfte über eine Ausbildung zur Pflege in Ambulanzen und Notaufnahmen bzw. über basales und mittleres Management.

2) Alle Pflegekräfte des KH Wels hatten zusätzlich eine Ebola-Hygienschulung und jährliche Reanimationsschulungen absolviert. Manche Pflegekräfte verfügten weiters über eine Ausbildung zur Pflege in Ambulanzen und Notaufnahmen, über einen Universitätslehrgang Gesundheitsmanagement sowie über basales und mittleres Management.

3) Im KH BHS Ried verfügten manche Pflegekräfte über eine Sonderausbildung für Anästhesie und Intensivmedizin bzw. OP sowie über eine Ausbildung zur Pflege in Ambulanzen und Notaufnahmen.

Personal

Den überprüften Krankenanstalten empfahl der RH, das in der Erstaufnahmeeinheit tätige Pflegepersonal in weiterer Folge den vom BMGF getroffenen Festlegungen entsprechend zu schulen. Dem KH Vöcklabruck empfahl er außerdem, die Ausbildung der Pflegekräfte zur Erstein-schätzung der Behandlungsdringlichkeit der Patienten zu forcieren.

18.3 (1) *Laut Stellungnahme des BMGF sei der ÖSG als Rahmenplan grundsätzlich nicht das geeignete Instrument, um konkrete Aus-, Fort- und Weiterbildungsregelungen festzulegen. Das BMGF werde sich dafür einsetzen, dass die erforderlichen Qualifikationen in Erstaufnahmeeinheiten im ÖSG so klar wie möglich definiert werden.*

(2) Die gespag führte in ihrer Stellungnahme aus, die überwiegend in der Akutaufnahme eingesetzten Pflegekräfte seien bezüglich des Manchester Triage Systems geschult.

(3) Laut Stellungnahme der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. würden nach Festlegungen durch den Gesetzgeber konkrete Maßnahmen daraus abgeleitet werden.

18.4 Der RH nahm die Absichtserklärung des BMGF positiv zur Kenntnis, weil aus seiner Sicht auch einheitliche Qualitätsstandards für das Aus- bzw. Fortbildungsniveau von in der Erstversorgung tätigen Pflegekräften im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit unabdingbar waren. In diesem Zusammenhang erinnerte der RH neuerlich an seine Empfehlung im GuKG-Begutachtungsverfahren 2015 betreffend eine Spezialisierung für die Tätigkeit in Erstversorgungseinrichtungen bzw. Akut-/Notaufnahmen und hielt diese weiterhin aufrecht.

Personaleinsatz im
Tages- und Nacht-
verlauf

Allgemeines

19.1 (1) In den überprüften Erstaufnahmeeinheiten stellte sich der Personaleinsatz im Tages- und Nachtverlauf wie folgt dar:

Tabelle 9: Personaleinsatz (Ärzte, Pflegekräfte), wochentags und Wochenende, 2014

	wochentags			Wochenende		
	Tag ¹	Abend ²	Nacht ³	Tag ¹	Abend ²	Nacht ³
KH Vöcklabruck	18.304 Patientenfrequenzen					
Ärzte	mind. 3	3	1	2	2	1
Pflegekräfte	4	4	2 bis 3	3 bis 4	3	2
KH Wels	34.932 Patientenfrequenzen					
Ärzte	3 bis 4	3 bis 4	1 bis 2	2 ⁴ bis 3	3	1 bis 2
Pflegekräfte	7	3 bis 5	2 bis 3 ⁵	3 bis 4	4	2 bis 3
KH BHS Ried	16.236 Patientenfrequenzen					
Ärzte	2 bis 3	1	1	1	1	1
Pflegekräfte	2 bis 4	2 bis 3	2 ⁶	2 bis 3	2	2 ⁵

¹ 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr

² 15.00 Uhr bis 19.00 Uhr (KH Wels wochentags bis 20.00 Uhr)

³ 19.00 Uhr bis 8.00 Uhr, KH Vöcklabruck wochentags zweiter Arzt ab 6.45 Uhr

⁴ ab 9.00 Uhr

⁵ ab 7.00 Uhr fünf Pflegekräfte

⁶ eine Pflegekraft in Hausbereitschaft mit Schlaferlaubnis

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

(2) Wochentags waren in den Erstaufnahmeeinheiten – je nach Tages-/Abend- bzw. Nachtzeit – einer bis vier Ärzte³⁸ sowie zwei bis sieben Pflegekräfte im Einsatz. An Wochenenden/Feiertagen waren dort grundsätzlich – je nach Tages-/Abend- bzw. Nachtzeit – einer bis drei Ärzte sowie zwei bis vier Pflegekräfte³⁹ tätig.

(3) (a) Im KH Vöcklabruck war ein Arzt der Erstaufnahmeeinheit gegebenenfalls auch bei Notarzteinsätzen außerhalb der Krankenanstalt im Einsatz. Von 15.00 Uhr bis 8.00 Uhr wochentags und von 8.00 Uhr bis 8.00 Uhr an Wochenenden/Feiertagen kam im Fall eines Notarzteinsatzes jeweils ein Arzt des sogenannten HNO-, Urologie- und Augenheilkunde-Dienstrades in die Erstaufnahmeeinheit.

Nur die Hälfte dieser Ärzte verfügte zumindest über ein gültiges Notarzt-Diplom (zu den anderen im ÖSG festgelegten Qualifikationsanforderungen siehe TZ 17). Nach Auflösung dieses Dienstrades war seit April 2015 ein zweiter Arzt ständig in der Erstaufnahmeeinheit an-

³⁸ KH Vöcklabruck: Durch die Dienstpläne konnten auch mehr Ärzte als dargestellt in der Erstaufnahmeeinheit tätig sein; so gab es bspw. ab Jänner 2015 fallweise einen zusätzlichen Dienst von 7.00 Uhr bis 14.00 Uhr oder bis 19.00 Uhr.

KH BHS Ried: An Montagen und Freitagen waren fallweise auch vier Ärzte tagsüber im Dienst.

³⁹ Pflegekräfte nachts teilweise in Bereitschaft

Personal

send; die Notarztdiplome dieser jeweils zweiten Ärzte waren teilweise noch ausständig.

(b) Im KH BHS Ried war im Nachtdienst zusätzlich zu dem Arzt der Erstaufnahmeeinheit noch ein Turnusarzt (der auf einer Fachabteilung tätig war) im sogenannten „ZAE/ANS-Dienstrad“ tätig, der von 15.00 Uhr bis 8.00 Uhr für die Unterstützung des Arztes der Erstaufnahmeeinheit in dieser (und auch zur Unterstützung der Betreuung der Patienten der Aufnahmestation) zuständig war.

(4) Zu jenen Zeiten, in denen keine Administrativkraft Dienst hatte, führte im KH Vöcklabruck (18.00 Uhr bzw. 19.00 Uhr bis 7.30 Uhr) und im KH Wels⁴⁰ (24.00 Uhr bis 7.00 Uhr) das Pflegepersonal die administrative Aufnahme durch, im KH BHS Ried der Portier (ab 24.00 Uhr wochentags und ab 16.00 Uhr an Wochenenden/Feiertagen).

(5) Im KH Vöcklabruck betreuten die Ärzte der Erstaufnahmeeinheit auch die nicht-fachzugeordneten Patienten in der Aufnahmestation⁴¹; die Pflegekräfte wirkten auf der Aufnahmestation ebenfalls mit. Demgegenüber waren im KH Wels und im KH BHS Ried Ärzte und Pflege der Erstaufnahmeeinheiten in den Aufnahmestationen nicht tätig.

19.2 Der RH kritisierte, dass im KH Vöcklabruck bei einem Notarzteinsatz des einzigen diensthabenden Arztes der Erstaufnahmeeinheit andere – teilweise nicht einmal über ein Notarztdiplom verfügende – (Fach-) Ärzte (allein) dort tätig wurden, was den Vorgaben des ÖSG widersprach. Zwar war seit April 2015 zumindest ein zweiter Arzt dauerhaft anwesend, die Qualifikation dieser Ärzte im Sinne des ÖSG war jedoch nicht sichergestellt. Der RH empfahl dem KH Vöcklabruck, für eine dem ÖSG entsprechende qualifizierte ärztliche Personalausstattung der Erstaufnahmeeinheit zu sorgen.

In diesem Zusammenhang verwies der RH auch auf seine Feststellungen in TZ 17, wonach der ÖSG für Ärzte in Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. in Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) nicht nur ein Notarztdiplom, sondern eine Reihe weiterer Qualifikationserfordernisse (z.B. das ius practicandi) vorsah.

⁴⁰ Im KH Wels war seit März 2015 eine Administrativkraft durchgängig anwesend.

⁴¹ bei deren Verhinderung ein Turnusarzt der Kardiologischen Intensivstation (Coronary Care Unit)

Ärzte im Verhältnis zum Patientenaufkommen

20.1 (1) Die meisten Patienten suchten die Erstaufnahmeeinheiten vormittags auf⁴²; lediglich das KH Wels hatte am Wochenende ein relativ hohes Patientenaufkommen bis 16.00 Uhr. Die durchschnittlichen stündlichen Patientenfrequenzen je Arzt stellten sich 2014 folgendermaßen dar (Details siehe Anhänge 1 bis 3):

Tabelle 10: Stündliches Patientenaufkommen pro Arzt, im Durchschnitt 2014						
	wochentags			Wochenende/Feiertage		
	Tag ¹	Abend ²	Nacht ³	Tag ¹	Abend ²	Nacht ³
KH Vöcklabruck						
Patienten/Arzt ⁴	0,7 – 1,9	0,8 – 0,9	0,4 – 2,1	1,3 – 1,8	1,1 – 1,2	0,4 – 2,1
KH Wels						
Patienten/Arzt	1,4 – 3,4	1,3 – 1,6	0,7 – 4,5	1,7 – 4,7	1,4 – 1,6	0,8 – 2,4
KH BHS Ried						
Patienten/Arzt	0,8 – 1,8	2,0 – 2,2	0,3 – 3,0	1,8 – 3,0	1,7 – 2,2	0,4 – 2,1

¹ 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr

² 15.00 Uhr bis 19.00 Uhr

³ 19.00 Uhr bis 8.00 Uhr

⁴ Für die Berechnung wertete der RH auch den Notarztsätze außer Haus absolvierenden Arzt als ständig anwesend.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

(2) Im KH Vöcklabruck versorgte jeder Arzt der Erstaufnahmeeinheit (diese Ärzte waren auch als Notärzte tätig) durchschnittlich bis zu 2,1 Patienten pro Stunde; im KH BHS Ried betreute ein Arzt durchschnittlich bis zu drei und im KH Wels bis zu 4,5/4,7 Patienten pro Stunde.

(3) Im KH Vöcklabruck wurde ab 19.00 Uhr der einzige Erstaufnahme-Arzt bei Notarztsätzen zumindest bis April 2015 gegebenenfalls durch einen nicht entsprechend qualifizierten Arzt vertreten (TZ 19); dabei war vor allem zwischen 19.00 Uhr und 22.00 Uhr ein durchschnittliches Patientenaufkommen von 1,6 bis 2,1 Patienten pro Stunde erkennbar.

(4) Im KH Wels kamen wochentags von 7.00 Uhr bis 8.00 Uhr durchschnittlich 4,5 Patienten und am Wochenende zwischen 8.00 Uhr und 9.00 Uhr durchschnittlich 4,7 Patienten in die Erstaufnahmeeinheit; durchgängig war hier jeweils nur ein Arzt anwesend.⁴³

⁴² wochentags zwischen 8.00 Uhr und 14.00 Uhr (KH Vöcklabruck und Wels) bzw. 7.00 Uhr bis 13.00 Uhr (KH BHS Ried), am Wochenende zwischen 9.00 Uhr und 14.00 Uhr (KH Vöcklabruck) bzw. 16.00 Uhr (KH Wels) bzw. 12.00 Uhr (KH BHS Ried)

⁴³ Wochentags traten die anderen Ärzte erst um 7.30 Uhr ihren Dienst an. An Wochenenden/Feiertagen war in dieser Zeit nur ein Arzt tätig.

Personal

(5) (a) Im KH BHS Ried war wochentags ab 15.30 Uhr und das ganze Wochenende hindurch nur jeweils ein Erstaufnahmearzt im Dienst. Im Vergleich dazu waren in der Erstaufnahmeeinheit des KH Vöcklabruck mit einem nur wenig höheren Patientenaufkommen je Stunde zwischen 15.00 Uhr und 19.00 Uhr sowie an Wochenenden/Feiertagen zwei bis drei Ärzte tätig (wobei ein Arzt auch Notarzt-Einsätze außer Haus wahrnahm).

(b) Das KH BHS Ried sah als einzige der überprüften Krankenanstalten für Erstaufnahmeärzte noch sogenannte verlängerte Dienste (24 Stunden) vor; im KH Vöcklabruck und im KH Wels arbeiteten die Ärzte in Schichtdiensten. Nach dem Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz⁴⁴ waren verlängerte Dienste nur zulässig, wenn der Arzt dabei nicht durchgehend in Anspruch genommen wurde.⁴⁵ Das KH BHS Ried führte darüber keine Aufzeichnungen.

20.2 (1) Der RH wies kritisch darauf hin, dass – insbesondere zu den Tagesrandzeiten und Abendzeiten sowie an Wochenenden/Feiertagen – in den überprüften Erstaufnahmeeinheiten teilweise ein Spannungsverhältnis zwischen durchschnittlichem Patientenaufkommen und quantitativer bzw. qualitativer Personalbesetzung bestand. So hielt der RH bspw. kritisch fest, dass im KH BHS Ried an Wochenenden/Feiertagen durchgehend nur ein Arzt in der Erstaufnahmeeinheit dauernd tätig war und dieser im Durchschnitt bis zu drei Patienten pro Stunde zu behandeln hatte.

Der RH empfahl den überprüften Krankenanstalten, im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit das Patientenaufkommen je Arzt in der Erstaufnahmeeinheit im Tages-/Nachtverlauf zu evaluieren bzw. bei der Personaleinsatzplanung verstärkt zu berücksichtigen. Dabei wären auch wesentliche Parameter, wie etwa die zu behandelnden Krankheitsbilder (die gerade in Notaufnahmen sehr heterogen sein konnten), die Qualifikation des Personals oder die jeweilige Prozessgestaltung (Notarzteinsätze, Betreuung der Patienten der Aufnahmestation, Durchführung von administrativen Aufnahmen durch das Pflegepersonal etc.) zu berücksichtigen.

(2) Weiters wies der RH kritisch darauf hin, dass im KH BHS Ried entsprechende Aufzeichnungen fehlten, wodurch das Ausmaß der tatsächlichen Inanspruchnahme der Erstaufnahme-Ärzte während der verlängerten Dienste nicht nachvollziehbar war. Dem KH BHS Ried empfahl

⁴⁴ Bundesgesetz, mit dem ein Arbeitszeitgesetz für Angehörige von Gesundheitsberufen in Kranken-, Pflegeanstalten und ähnlichen Einrichtungen geschaffen wird (Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz – KA-AZG), BGBl. I Nr. 8/1997 i.d.g.F.

⁴⁵ siehe dazu den Bericht des RH „Ärzteausbildung“, Reihe Bund 2015/9

der RH daher, darüber Aufzeichnungen zu führen und die Einhaltung des Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetzes sicherzustellen.

20.3 (1) *Laut Stellungnahme der gespag erfolge die Evaluierung der Personaleinsatzplanung laufend; die Ergebnisse würden in die in der Planung vorgesehenen Ressourcen einfließen. Zur Kritik des RH, dass in Einzelfällen vertretungsweise nicht entsprechend qualifizierte Ärzte in der Akutaufnahme zum Einsatz kommen würden, verwies die gespag auf ihre Ausführungen unter TZ 17, wonach die Akutaufnahme weder eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) noch eine Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE) sei; sie hielt fest, dass auch im Vertretungsfall jeweils Ärzte, die zur selbständigen Berufsausübung berechtigt seien, zum Einsatz kämen.*

(2) Wie die Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. in ihrer Stellungnahme mitteilte, seien entsprechende Dienstpostenanpassungen bereits umgesetzt. Dienstplanauswertungen würden die Einhaltung der AZG-Vorschriften belegen; zu verlängerten Diensten gebe es eine Betriebsvereinbarung.

20.4 (1) Der RH stellte gegenüber der gespag klar, dass sich seine Kritik u.a. auf die teilweise fehlende Notarztausbildung der in der Erstaufnahmeinheit tätigen Ärzte bezog und nicht auf eine grundsätzlich fehlende Befugnis zur selbständigen Berufsausübung. In diesem Zusammenhang verwies er erneut auf die vom BMGF in seiner Stellungnahme geäußerte Intention einer flächendeckenden Erfüllung der ÖSG-Vorgaben für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) durch alle Erstversorgungseinheiten (siehe TZ 3).

(2) Der RH stellte gegenüber der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. klar, dass seine Empfehlung auf die standardisierte Führung von arztbezogenen Aufzeichnungen gerichtet war (siehe dazu auch Bericht des RH, „Arztausbildung“, Reihe Bund 2015/9, TZ 47), wodurch das Ausmaß der tatsächlichen Inanspruchnahme der Erstaufnahme-Ärzte während der verlängerten Dienste nachvollziehbar war.

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

Prozessdarstellungen **21.1** (1) Der ÖSG sah vor, dass Betriebsformen wie Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) den Prozess in den Mittelpunkt der Gestaltung stellen sollten⁴⁶; die fachliche Zuständigkeit für die jeweilige Patientenbehandlung blieb davon unberührt. Laut ÖSG sollten Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) über standardisierte Prozessabläufe mit definierten Zuständigkeiten verfügen.

(2) KH Vöcklabruck

Im KH Vöcklabruck enthielt der Anhang zu dem im November 2014 freigegebenen Ambulanzstatut⁴⁷ Prozessdarstellungen (mit Zuständigkeitsregelungen) von spezifischen Standard-Haupt- und Subprozessen in der Erstaufnahmeeinheit in Form von Flussdiagrammen⁴⁸; Sonderprozesse (wie etwa bei Verdacht auf Schlaganfall oder Herzinfarkt) waren nicht definiert. Das Patientenspektrum war unübersichtlich und lückenhaft geregelt (TZ 12).

(3) KH Wels

In der Erstaufnahmeeinheit des KH Wels gab es keine Prozesslandkarte. Der Standardablauf war teils im Statut der Erstaufnahmeeinheit beschrieben. Daneben bestanden Leitlinien für bestimmte Patientengruppen und Beschwerdebilder, eine dem Personal zugängliche grafische Darstellung sowie eine schriftliche Zusammenfassung der Patientenströme. Zuständigkeiten waren nur teilweise geregelt.

Auch für die Versorgung von Schlaganfall-Patienten bestand bspw. kein schriftlich festgelegter vollständiger Prozess, nur die Notarzt-Einlieferung von solchen Patienten in die Erstaufnahmeeinheit war Gegenstand einer Richtlinie. Ein eigener Prozess für Schlaganfall-Patienten war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch in Ausarbei-

⁴⁶ Prozessorientierte Organisationseinheiten zeichnen sich laut ÖSG u.a. durch das Bündeln gleichartiger Prozesse bzw. Prozessphasen innerhalb einer darauf ausgerichteten Struktur aus.

⁴⁷ Dieses war im Intranet verfügbar und galt für Unfall-Ambulanz, Akutaufnahme, Aufnahmestation und spezifische Ambulanzzonen.

⁴⁸ Die im Juni 2012 freigegebene Vorversion des Ambulanzstatuts enthielt noch sehr allgemeine Prozessdarstellungen, obwohl die Erstaufnahmeeinheit schon seit Jahren bestand.

tung; weiters gab es z.B. auch für Verdacht auf Herzinfarkt keinen definierten Prozess.

(4) KH BHS Ried

Im KH BHS Ried existierte eine im Intranet der Krankenanstalt verfügbare Prozesslandkarte, in der die relevanten Standard-Prozesse rund um die Erstaufnahmeeinheit verzeichnet und Dokumente dazu verlinkt waren.

Die Prozesslandkarte führte nicht sämtliche Patientengruppen, die von einer Behandlung in der Erstaufnahmeeinheit ausgenommen waren, an; diese stimmte hier nicht vollständig mit der Definition der Patientengruppen laut der auch im Intranet verfügbaren Abteilungsordnung der Erstaufnahmeeinheit überein. Sonderprozesse bestanden in Ansätzen (Verdacht auf akutes Abdomen, kardiorespiratorische Beschwerden etc.).

21.2 (1) Der RH anerkannte im KH Vöcklabruck das Vorliegen einer Prozessdarstellung der Standard-Haupt- und Subprozesse im Ambulanzstatut; er wies allerdings kritisch darauf hin, dass die Adaptierung des Ambulanzstatuts und eine Detaillierung – angesichts des schon langen Bestehens dieser Einheit (seit 1999, TZ 7) – erst relativ spät erfolgten und die Patientengruppen unübersichtlich bzw. lückenhaft definiert waren (TZ 12). Bezüglich einer klaren und vollständigen Definition der Patientengruppen verwies der RH auf seine Empfehlung zu TZ 12.

(2) Im KH Wels bemängelte der RH das Fehlen einer umfassenden Darstellung der Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit. Er empfahl dem KH Wels, eine einheitliche und umfassende Prozessbeschreibung oder -darstellung mit definierten Zuständigkeiten auszuarbeiten sowie diese den Mitarbeitern zugänglich zu machen.

(3) Im KH BHS Ried anerkannte der RH das Bestehen einer die Standardabläufe in der Erstaufnahmeeinheit abbildenden Prozesslandkarte. Er bemängelte jedoch ihre Unvollständigkeit im Bezug auf die zu behandelnden Patientengruppen. Der RH empfahl dem KH BHS Ried, die Prozesslandkarte entsprechend zu vervollständigen und darin alle zu behandelnden, genau definierten Patientengruppen klar abzubilden.

(4) Weiters wies der RH darauf hin, dass in allen überprüften Erstaufnahmeeinheiten bspw. die Darstellung/Thematisierung von Prozessen in speziellen Notfallsituationen (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt) fehlte (im KH BHS Ried bestanden Sonderprozesse in Ansätzen); er empfahl daher allen überprüften Krankenanstalten, – insbesondere im

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

Sinne der Patientensicherheit – deren Aufnahme in die Prozessdarstellungen zu prüfen.

Allen überprüften Krankenanstalten empfahl der RH ferner, im Interesse höchstmöglicher Behandlungssicherheit, die Prozesse in den Erstaufnahmeeinheiten bzw. Aufnahmestationen regelmäßig zu evaluieren bzw. entsprechend anzupassen.

21.3 *(1) Die gespag hielt in ihrer Stellungnahme ein Vorgehen, das sich an Leitlinien und darauf aufbauenden Standard Operating Procedures oder Prozessvorgaben orientiere, für sinnvoll. Die entsprechenden Empfehlungen des BMGF (siehe TZ 26) seien in diesem Zusammenhang abzuwarten und bei einer Umsetzung zu berücksichtigen. Schon derzeit würden die bestehenden Prozessdarstellungen bei Veränderungen adaptiert. Die gespag werde die Empfehlung des RH zum Anlass nehmen, die Prozesse künftig regelmäßig zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen.*

(2) Die Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH führte in ihrer Stellungnahme aus, dass eine vollständige Umsetzung einer umfassenden Darstellung der Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit nur durch sehr hohen Aufwand zu realisieren sei und sich der Nutzen in Grenzen halte. Es bestünden einige Standard Operating Procedures für spezielle Krankheitsbilder im elektronischen Abteilungslaufwerk, zusätzlich würden EBM⁴⁹ Allgemeinmedizin und MedStandards verwendet. Eine Visualisierung ausgewählter Prozesse sei Ende 2015 begonnen worden.

(3) Laut Stellungnahme der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. würden Verfahrensanweisungen für spezielle Situationen vorliegen und laufend weiterentwickelt werden.

21.4 *(1) Der RH stellte gegenüber der gespag klar, dass seine Empfehlung zu Prozessen in speziellen Notfallsituationen darauf gerichtet war, die Aufnahme solcher Prozesse in die Prozessdarstellung zu prüfen.*

(2) Der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH entgegnete der RH, dass die Prozesse der Erstaufnahmeeinheit in unterschiedlichen Dokumenten dargestellt und teilweise nicht vollständig beschrieben sowie die Zuständigkeiten nur zum Teil geregelt waren. Aus Sicht des RH war jedoch eine einheitliche, umfassende und transparente Prozessbeschreibung oder –darstellung mit definierten Zuständigkeiten erforderlich, um vor allem patientensichere und effiziente Arbeitsabläufe sicherzustellen; auch sollte, wie empfohlen, eine Aufnahme von Sonderprozessen in diese Prozessbeschreibung/–darstellung überlegt wer-

⁴⁹ Anmerkung RH: EBM = Evidence–Based Medicine

den. Auf das Vorliegen von Standard Operating Procedures für spezielle Krankheitsbilder etc. hatte der RH in seinem Prüfungsergebnis bereits hingewiesen (siehe TZ 26).

(3) Gegenüber der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. stellte der RH klar, dass seine Empfehlungen u.a. darauf gerichtet waren, die bestehende Prozesslandkarte entsprechend zu vervollständigen und darin alle zu behandelnden, genau definierten Patientengruppen klar abzubilden sowie eine Aufnahme von Sonderprozessen in diese Prozesslandkarte zu überlegen; auf das Vorliegen von Verfahrensanweisungen hatte der RH in seinem Prüfungsergebnis bereits hingewiesen (siehe TZ 26).

Ersteinschätzung

22.1 (1) Allgemeines

(a) Alle drei überprüften Erstaufnahmeeinheiten führten grundsätzlich nach der administrativen Aufnahme von ungeplanten Patienten eine Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit durch. Dafür normierte der ÖSG keine speziellen Vorgaben.⁵⁰

(b) Alle drei überprüften Krankenanstalten verwendeten zur Ersteinschätzung das Manchester Triage System (MTS), ein in Europa häufig angewandtes – fünfstufiges – System der Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit eines Patienten. Es basierte auf einem Ja/Nein-Frageschema zu diversen Beschwerdebildern⁵¹; eine entsprechend geschulte Pflegeperson konnte damit sehr rasch eine – nach Farben und Ziffern codierte – Dringlichkeitsstufe ermitteln.

Für jede Dringlichkeitsstufe sollte innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens (maximale Wartezeit) die ärztliche Behandlung begonnen werden. Bei Überschreitung dieses Zeitrahmens sah das MTS eine neuerliche Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit vor, um entsprechend auf geänderte Beschwerden der Patienten reagieren zu können (zur Umset-

⁵⁰ Ziel einer modernen Ersteinschätzung in der Notaufnahme war, den Schweregrad der Erkrankung von Notfallpatienten strukturiert festzulegen, eine Priorisierung der Behandlungsreihenfolge vorzunehmen und die Patienten dem geeigneten Behandlungs-ort zuzuweisen. Fünfstufige Ersteinschätzungs-Instrumente galten in der klinischen Notfallmedizin als Goldstandard.

Siehe dazu Christ/Grossmann/Winter/Bingisser/Platz, Triage in der Notaufnahme: Moderne, evidenzbasierte Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit, Deutsches Ärzteblatt Int 2010 sowie Wagner, Implementierung einer Triage und Ersteinschätzung von Patienten – Begleitung der Einführung an der Konservativen Notaufnahme am UKD, Bachelorarbeit (Oktober 2012) S. 30 ff.

⁵¹ z.B. Thoraxschmerz, abdominale Schmerzen, Extremitätenprobleme; siehe hierzu Mackway-Jones/Marsden/Windle/Krey/Moecke (Hrsg.), Ersteinschätzung in der Notaufnahme – Das Manchester-Triage-System (2011)

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

zung siehe TZ 28). Die überprüften Krankenanstalten hatten jeweils die im MTS empfohlenen Zeiten übernommen.⁵²

Tabelle 11: Einstufungen und empfohlene maximale Wartezeiten bis Behandlungsbeginn laut MTS

Farbcode	Dringlichkeitsstufe	max. Wartezeit
rot	sofort	0 min
orange	sehr dringend	10 min
gelb	dringend	30 min
grün	normal	90 min
blau	nicht dringend	120 min

Quellen: Mackway-Jones/Marsden/Windle/Krey/Moecke (Hrsg.), Ersteinschätzung in der Notaufnahme – Das Manchester-Triage-System (2011); RH

Die empfohlenen maximalen Wartezeiten bewegten sich zwischen 0 Minuten („sofort“) und 120 Minuten („nicht dringend“).

(2) Ersteinschätzung in den überprüften Krankenanstalten

In den überprüften Erstaufnahmeeinheiten war die Vorgangsweise bei der Ersteinschätzung wie folgt:

⁵² Laut Stellungnahme des BMGF vom 4. Juli 2013, 92250/0028-II/A/2/2013 (zitiert in ÖZPR 2013/121) steht der Anwendung des MTS durch diplomiertes Pflegepersonal aus fachlicher und rechtlicher Sicht nichts entgegen (bei Einhaltung entsprechender Voraussetzungen: Erwerb der erforderlichen Kenntnisse durch die Anwender, kein Eingriff in die den Ärzten vorbehaltenen Entscheidung, ob und welcher medizinische Behandlungsbedarf besteht).

Tabelle 12: MTS–Ersteinschätzung in den Erstaufnahmeeinheiten

	KH Vöcklabruck	KH Wels	KH BHS Ried
Einführung MTS	phasenweise; Anwendung auf alle Patienten seit Februar 2014	August 2010	Juni 2013
MTS–Frageschemata	Papierform	Papierform	elektronisch und Papierform
Durchführung Ersteinschätzung	speziell geschulte Pflegekraft		
von Pflegekraft zu erhebende Werte	abhängig vom jeweiligem MTS–Frageschema: z.B. Temperatur, Blutdruck, Sauerstoffsättigung des Bluts etc.		
			weitere Sonderregeln bei bestimmten Beschwerden ¹
Dokumentation Ersteinschätzung	– Formular (Zeit der Ersteinschätzung, Dringlichkeitsstufe und erhobene Werte) – IT-System (Dringlichkeitsstufe)	IT-System	IT-System
Reihung nach Dringlichkeitsstufe	– Patientenaufkleber auf einer Magnettafel – und IT-System	IT-System	IT-System
Überschreitung der Wartezeit ersichtlich im	– IT-System oder – Eintrag auf Formular	IT-System	IT-System

¹ bereits anlässlich Ersteinschätzung bei akutem Koronarsyndrom/Verdacht auf Herzinfarkt, Verdacht auf Schlaganfall oder bei unklaren Bauchschmerzen: EKG anfertigen (sowie Blut abnehmen, venösen Zugang legen)

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

(a) Im KH Vöcklabruck erfolgte die MTS–Ersteinschätzung grundsätzlich⁵³ aller Patienten⁵⁴ der Erstaufnahmeeinheit seit Februar 2014; das KH Wels und das KH BHS Ried verwendeten das MTS seit ihrem Bestehen. Im KH Wels war zusätzlich eine MTS–geschulte Pflegekraft am administrativen Aufnahmeschalter anwesend, die bereits vor der MTS–Ersteinschätzung eine erste Einschätzung vornahm.

(b) Nur im KH BHS Ried erfolgte die MTS–Ersteinschätzung mittels einer in der IT hinterlegten Darstellung der Frageschemata; für den Fall eines IT–Ausfalls war das Handbuch auch in Papierform vorhanden. Im KH Vöcklabruck und im KH Wels lagen die MTS–Frageschemata in Papierform auf.

⁵³ mit Ausnahme von Notarzt–Einlieferungen und offensichtlichen Notfällen

⁵⁴ Das im November 2014 überarbeitete Ambulanzstatut enthielt nicht mehr aktuelle Angaben zur stundenweisen Anwendung der MTS–Ersteinschätzung zur Erprobung und Einführung des Systems.

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

(c) In allen überprüften Erstaufnahmeeinheiten erhob die Pflegekraft je nach dem angegebenen Beschwerdebild Werte wie z.B. Temperatur, Blutdruck oder Sauerstoffsättigung des Bluts. Im KH BHS Ried war zusätzlich in einem Teambesprechungsprotokoll festgehalten, dass die Pflegekraft bei Patienten mit bestimmten Beschwerden⁵⁵ bereits bei der Ersteinschätzung Blut abnehmen, ein EKG anfertigen und einen venösen Zugang legen soll.

(d) Im KH Vöcklabruck erfolgten die Dokumentation bzw. Patientenreihung durch eine Vielzahl von verschiedenen – sowohl handschriftlichen bzw. händischen als auch elektronischen – Schritten, die teilweise parallel sowie durch unterschiedliche Personen durchgeführt wurden.⁵⁶ Im KH Wels und im KH BHS Ried erfolgten Dokumentation und Reihung im IT-System.

Die gespag als Rechtsträgerin des KH Vöcklabruck plante den Erwerb eines elektronischen Triagesystems; dieses soll den Triage-Prozess samt Dokumentation und Protokollierung beinhalten.

(3) GuKG-Novelle

Gemäß § 15 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) durften Pflegekräfte bestimmte Tätigkeiten (z.B. Messung der Sauerstoffsättigung des Bluts und des Blutzuckers, EKG, Blutabnahme, Legen eines venösen Zugangs etc.) nur auf ausdrückliche (schriftliche) Anordnung des Arztes im Einzelfall ausführen (sogenannter „Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich“). In Ausnahmefällen war auch eine mündliche Anweisung mit nachträglicher ärztlicher Dokumentation zulässig.

Mit der MTS-Einschätzung war jedoch teilweise auch die Erhebung von solchen Werten verbunden; andere Tätigkeiten sollte die Pflege nach Ansicht von überprüften Krankenanstalten bei bestimmten lebensbedrohlichen oder zeitkritischen Beschwerdebildern unmittelbar bzw. gleich im Rahmen der Ersteinschätzung aufgrund einer generellen ärztlichen Anordnung vornehmen können (siehe Punkt (2) (c)).

⁵⁵ Akutem Koronarsyndrom/Verdacht auf Herzinfarkt, bei Verdacht auf Schlaganfall oder bei unklaren Bauchschmerzen

⁵⁶ Die Pflegekraft vermerkte Zeit und Ergebnis der Ersteinschätzung sowie die erhobenen Werte handschriftlich auf dem MTS-Einschätzungsbogen und gab den Farbcode im elektronischen System ein. Parallel dazu gab sie die Zeit der Ersteinschätzung händisch in eine Excel-Tabelle ein. Die Pflegekraft deponierte Einschätzungsbogen, Anamnese- und Diagnoseblatt sowie Aufkleber in den Bereich hinter den Behandlungskojen, wo eine weitere Pflegekraft mittels Aufkleber einen Eintrag im händisch geführten Aufnahmebuch anlegte, den Magneten mit dem Patientenaufkleber entsprechend der MTS-Einstufung farblich markierte und diesen auf einer Magnettafel im Behandlungsbereich befestigte.

Eine zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in Begutachtung befindliche GuKG–Novelle⁵⁷ sah hinsichtlich dieser – nunmehr als „Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie“ bezeichneten Tätigkeiten – u.a. Änderungen im Anordnungsverfahren vor; grundsätzlich sollte eine ärztliche Anordnung nicht im Vorhinein schriftlich erfolgen müssen.⁵⁸

Da die Novellierung des GuKG auch auf verstärkte Praxisnähe und Praxistauglichkeit abzielte, hatte der RH in seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf entsprechende Sonderregelungen bzw. –kompetenzen für mit besonderen Anforderungen verbundene spezielle Tätigkeitsbereiche bzw. Einsatzgebiete (z.B. Erstversorgungseinheiten bzw. Akut–/Notaufnahmen) angeregt, um eine effiziente und patientensichere Ablauforganisation sicherzustellen (z.B. Ermöglichung der Ersteinschätzung, Zulässigkeit von generellen ärztlichen Anordnungen).

22.2 (1) Der RH hielt fest, dass alle überprüften Erstaufnahmeeinheiten das MTS zur Ersteinschätzung verwendeten. Weiters wies er darauf hin, dass zwischen den Anforderungen des MTS bzw. den Abläufen in Erstaufnahmeeinheiten und dem Kompetenzprofil der diplomierten Pflege ein Spannungsverhältnis bestand; auf dieses hatte der RH in seiner Stellungnahme zur GuKG–Novelle hingewiesen und entsprechende Adaptierungen angeregt. Seine diesbezüglichen Anregungen hielt der RH weiterhin aufrecht.

(2) Darüber hinaus bemängelte der RH, dass – im Unterschied zum KH Wels und zum KH BHS Ried – die Patientendokumentation im Rahmen der Ersteinschätzung und der Reihung im KH Vöcklabruck durch zahlreiche Medienbrüche geprägt war, wodurch aus seiner Sicht das Risiko unrichtiger Eingaben stieg. Der RH anerkannte daher die geplante Anschaffung eines elektronischen Triage–Systems. Er empfahl dem KH Vöcklabruck, den derzeitigen Ablauf zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und Medienbrüchen generell zu überarbeiten (siehe auch TZ 24).

⁵⁷ Begutachtungsentwurf vom Juli 2015 und Stellungnahme des RH vom September 2015; die GuKG–Novelle 2016 wurde erst nach Abschluss der Gebarungsüberprüfung im Juli 2016 beschlossen.

⁵⁸ Für Bereiche, in denen dies aus Qualitätssicherungsgründen und nicht zuletzt zu Beweis-sicherungs-zwecken erforderlich war (z.B. Arzneimittelverabreichung, Therapiepläne etc.), hatte die ärztliche Anordnung im Sinne einer lege–artis–Berufsausübung weiterhin zwingend im Vorhinein schriftlich zu erfolgen.

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

(3) Der RH hob hervor, dass im KH BHS Ried die MTS-Frageschemata auch elektronisch verfügbar waren; demgegenüber standen diese in den anderen beiden überprüften Krankenanstalten (noch) jeweils nur in Papierform zur Verfügung. Dem KH Vöcklabruck und dem KH Wels empfahl er daher, eine elektronische Zurverfügungstellung der MTS-Frageschemata für die Mitarbeiter zu prüfen.

22.3 (1) *Laut Stellungnahme der gespag seien die vom RH empfohlenen Maßnahmen bereits in Umsetzung.*

(2) Die Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass keine gesetzliche Verpflichtung bestünde, die Triage elektronisch durchzuführen und zu dokumentieren. An der Integrierbarkeit in die Krankenhaus-IT des KH Wels, die bislang an zufriedenstellenden Schnittstellenlösungen gescheitert sei, werde gearbeitet.

22.4 Der RH stellte gegenüber der Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH klar, dass er die Prüfung einer elektronischen Zurverfügungstellung der MTS-Frageschemata für die Mitarbeiter insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer effizienten Ablauforganisation empfohlen hatte. Er nahm das Bemühen um die elektronische Bereitstellung der MTS-Frageschemata positiv zur Kenntnis.

Patientenstruktur aufgrund der Ersteinschätzung

23.1 (1) Die Patientenstruktur in den überprüften Erstaufnahmeeinheiten stellte sich – auf Basis der jeweils auswertbaren Daten – wie folgt dar (z.B. waren im KH Vöcklabruck im Jahr 2013 rd. 67 % der Daten auswertbar, im Jahr 2014 rd. 81 %; im KH Wels waren jeweils rd. 91 % der Daten auswertbar):

Tabelle 13: Patientenstruktur aufgrund der Ersteinschätzung

		2013	2014	Verteilung
		Anzahl		2014 in %
KH Vöcklabruck ¹	keine Ersteinschätzung ²	857	1.028	6,93
	sofort	69	71	0,48
	sehr dringend	1.571	1.962	13,22
	dringend	5.043	6.794	45,77
	normal	3.065	4.325	29,14
	nicht dringend	825	663	4,47
	Summe	11.430	14.843	–
KH Wels ¹	keine Ersteinschätzung ²	294	276	0,87
	sofort	49	46	0,14
	sehr dringend	5.487	5.564	17,46
	dringend	9.276	9.484	29,76
	normal	12.609	13.577	42,61
	nicht dringend	2.666	2.919	9,16
	Summe	30.381	31.866	–
KH Ried ³	keine Ersteinschätzung	–	–	–
	sofort	54	108	0,67
	sehr dringend	977	1.514	9,35
	dringend	2.976	5.416	33,43
	normal	3.131	7.429	45,86
	nicht dringend	552	1.733	10,70
	Summe	7.690	16.200	–

¹ KH Vöcklabruck: 2013 etwa 67 % und 2014 rd. 81 % der Daten auswertbar; KH Wels: jeweils rd. 91 % auswertbar

² nicht ersteingeschätzt, weil aufgrund der Dringlichkeit direkter Arztkontakt im Krankenhaus oder schon mit Notarzt

³ seit der zweiten Hälfte 2013 in Betrieb, daher keine Entwicklung dargestellt

Quellen: überprüfte Krankenanstalten

Mit der Einschränkung, dass im KH Vöcklabruck bei rd. 7 % und im KH Wels bei rd. 0,9 % der Patienten keine Ersteinschätzung erfolgte, ergab sich für 2014:

- Der Anteil der als „sofort“ eingeschätzten Patienten lag in allen überprüften Erstaufnahmeeinheiten unter 1 %.
- Während im KH Wels und im KH BHS Ried die meisten Patienten mit rd. 43 % bzw. rd. 46 % in der Dringlichkeitsstufe „normal“ ersteingeschätzt waren, lag der Schwerpunkt im KH Vöcklabruck mit rd. 46 % bei den als „dringend“ ersteingeschätzten Patienten.

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

- Der zweitgrößte Anteil der Patienten war im KH Vöcklabruck „normal“ eingeschätzt (rd. 29 %), im KH Wels mit rd. 30 % und im KH BHS Ried mit rd. 33 % als dringend.
- In der Kategorie „nicht dringend“ verzeichnete das KH BHS Ried mit rd. 11 % den höchsten, das KH Vöcklabruck mit rd. 4 % den niedrigsten Anteil.

(2) Untersuchungen⁵⁹ zeigten, dass nur rd. 10 % der Patienten in den Notaufnahmen vital bedroht waren und ein großer Anteil gefahrlos im niedergelassenen Bereich behandelt werden könnte; dies galt vor allem für Patienten der MTS-Stufen „normal“ (grün) und „nicht dringend“ (blau).

23.2 (1) Der RH kritisierte, dass im KH Vöcklabruck 2013 nur 67 % und 2014 nur 81 % der Daten auswertbar waren, im KH Wels waren es jeweils nur rd. 91 %; er verwies diesbezüglich auf seine Empfehlung in TZ 27 betreffend eine Verbesserung der Datenlage.

(2) Der RH hielt weiters fest, dass im KH Wels bzw. im KH BHS Ried 2014 mehr als die Hälfte der Patienten als „normal“ bzw. „nicht dringend“ eingestuft wurden, während diese Kategorien im KH Vöcklabruck insgesamt rd. 34 % ausmachten und dort die Kategorie „dringend“ am häufigsten vorkam. Er empfahl dem Land Oberösterreich, solche Daten auch bei anderen oberösterreichischen Krankenanstalten zu erheben und diese bei den vorgesehenen integrierten Planungen für den stationären und ambulanten Bereich mitzubersichtigen.

23.3 *Das Land Oberösterreich sagte in seiner Stellungnahme zu, die Daten nach Maßgabe des entstehenden Aufwands bei den Krankenanstalten einzufordern. Die Behandlungsdringlichkeit werde allerdings nicht in jedem Fall elektronisch erhoben, weshalb der Aufwand für die Krankenanstalten für eine systematische Erfassung im Land Oberösterreich hoch sein könne.*

23.4 Der RH nahm die Ausführungen des Landes Oberösterreich zur Kenntnis; er betonte, dass Daten über die Patientenstruktur in Erstaufnahmeeinheiten wesentliche Informationen für die integrierten Planungen für den stationären und ambulanten Bereich darstellen.

⁵⁹ Gerlach/Greiner/Haubitz/Schaeffer/Thürmann/Thüsing/Wille, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche (2014) S. 445; Huter, Die Rolle der AllgemeinmedizinerInnen als erste Anlaufstelle im österreichischen Gesundheitssystem, Diplomarbeit (Mai 2014) S. 53

Ärztliche Begut-
achtung und/oder
Behandlung

Behandlungsprozess

24.1 (1) In den überprüften Erstaufnahmeeinheiten stellte sich der Prozessabschnitt Behandlung wie folgt dar:

Tabelle 14: Behandlungsprozess in den Erstaufnahmeeinheiten (EAE)			
	KH Vöcklabruck	KH Wels	KH BHS Ried
Behandlungsablauf	in den Untersuchungskojen durch „springende“ Teams (Arzt und Pflegekraft)		
Leistungserfassung	Papierform (zweifach) und danach IT-System	IT-System	Papierform und danach IT-System
Beziehung anderer Fachrichtungen/Institute	ÖSG: bei ZAE/AEE gesicherte konsiliarische Beziehung von Fachärzten aus den Fachstrukturen der Krankenanstalt		
innerhalb Öffnungszeiten/ Fachambulanzen	Zuweisung an Fachambulanz		Konsil in EAE
außerhalb Öffnungszeiten/ Fachambulanzen	Konsil in EAE ¹		
Ausnahmen	neurologisches Konsil immer in EAE		-
geregelt in	Ambulanzstatut, Schnittstellenvereinbarungen (unübersichtlich)	Schnittstellenprotokolle (nicht flächendeckend)	Abteilungsordnung, Verfahrensweisung ²
Art und Anzahl statistisch auswertbar?	nein	nur Gesamtsumme der Konsile in der EAE und auf Fachambulanz	nein

¹ im KH Wels auch außerhalb der Kerndienstzeiten teilweise in den Fachambulanzen/Fachstationen

² Abteilungsordnung: telefonische Konsilanforderung und elektronische Zuweisung an die Radiologie; Verfahrensweisung: Konsile elektronisch und Leistungen von Pathologie und Zentrallabor per Formular handschriftlich anzufordern

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

(2) Die Behandlung der Patienten erfolgte grundsätzlich in den Untersuchungskojen durch „springende Teams“ (Arzt und Pflegekraft). Im KH Vöcklabruck und im KH BHS Ried erfassten die Mitarbeiter die erbrachten Leistungen handschriftlich (KH Vöcklabruck zweifach: Diagnose- und Anamneseblatt, Heft) und gaben sie danach in die IT ein. Im KH Wels erfolgte die Erfassung direkt im IT-System.

(3) Im KH Vöcklabruck erfolgten Konsile während der Ambulanzzeiten regelmäßig durch Zuweisung⁶⁰ eines Patienten an eine Fachambulanz (Ausnahme: neurologische Konsile)⁶¹; außerhalb der Ambulanzzeiten kam der Konsiliararzt grundsätzlich in die Erstaufnahmeeinheit. Dies entsprach im Wesentlichen der Vorgangsweise im KH Wels.

⁶⁰ Das Zuweisungsformular war in Papierform.

⁶¹ Dieses Vorgehen war im Ambulanzstatut und in den von der Erstaufnahmeeinheit mit allen Einheiten des KH Vöcklabruck abgeschlossenen Schnittstellenvereinbarungen vorgesehen.

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

Im KH BHS Ried fanden Konsile hingegen grundsätzlich in der Erstaufnahmeeinheit statt⁶²; die Verfahrensweisung für Konsile widersprach teilweise der Abteilungsordnung der Erstaufnahmeeinheit.⁶³

(4) Statistische Auswertungen über Anzahl und Art der benötigten Konsile in der Erstaufnahmeeinheit waren in keiner der überprüften Krankenanstalten möglich; das KH Wels konnte die Gesamtsumme auswerten (Konsile in der Erstaufnahmeeinheit und auf der Fachambulanz).

24.2 (1) Der RH wies darauf hin, dass die Leistungsdokumentation im KH Vöcklabruck und im KH BHS Ried in mehreren Schritten – zuerst handschriftlich und erst später elektronisch – erfolgte; demgegenüber erfasste das KH Wels die Leistungen direkt im IT-System. Er empfahl dem KH Vöcklabruck und dem KH BHS Ried, die Dokumentationsprozesse bzw. -vorgaben im Hinblick auf die Vermeidung von nicht zweckmäßigen und fehleranfälligen Medienbrüchen zu überarbeiten sowie übersichtlich zu regeln.

(2) Der RH kritisierte, dass nicht transparent nachvollziehbar bzw. auswertbar war, wie oft, wofür und in welchem Ausmaß konsiliarische Leistungen von anderen Fachabteilungen in den Erstaufnahmeeinheiten erforderlich waren; im KH Wels war dies zumindest teilweise möglich. Der RH empfahl daher allen überprüften Krankenanstalten, differenzierte Auswertungen über die Inanspruchnahme von Konsilen (Anzahl, Ausmaß etc.) zu ermöglichen, um wesentliche Steuerungsdaten für das Leistungsgeschehen in den Erstaufnahmeeinheiten zu erhalten.

24.3 (1) *Die gespag sagte in ihrer Stellungnahme zu, die Umsetzung der Empfehlung des RH zu einer differenzierten Auswertung über die Inanspruchnahme von Konsilen zu prüfen. Weiters werde sie entsprechende Schritte setzen, um die Durchgängigkeit und Geschlossenheit der Leistungsdokumentation zu verbessern.*

(2) Laut Stellungnahme der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. seien Leistungsauswertungen vorhanden und für Beurteilungen sowie die laufende Steuerung ausreichend.

⁶² Der Patient konnte auch in die jeweilige Ambulanz gehen, jedoch nur wenn dies im Anlassfall zwischen Facharzt und Arzt der Erstaufnahmeeinheit vereinbart wurde.

⁶³ Während diese von telefonischer Konsilanforderung und elektronischer Zuweisung an die Radiologie sprach, waren nach der Verfahrensweisung Konsile elektronisch und Leistungen von Pathologie und Zentrallabor per Formular handschriftlich anzufordern.

24.4 Der RH hob gegenüber der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. neuerlich hervor, dass (differenzierte) Auswertungen über die Inanspruchnahme von Konsilen durch die Erstaufnahmeeinheit wesentliche Planungs- und Steuerungsdaten für die Krankenhausleitung boten; er wiederholte daher seine Empfehlung zu einer Differenzierung der Auswertungsmöglichkeiten.

Leistungsspektren

25.1 (1) Nach den krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben war in Erstaufnahmeeinheiten im Wesentlichen die Erstbegutachtung und -behandlung ungeplanter Krankenanstalten-Zugänge zulässig. Die Leistungsspektren der Erstaufnahmeeinheiten stellten sich wie folgt dar:

Tabelle 15: Leistungsspektren der Erstaufnahmeeinheiten (EAE) – Regelungen, Leistungen 2014

	KH Vöcklabruck	KH BHS Ried	KH Wels
wo geregelt?	Leistungserfassungsb checkboxen ¹	Leistungskatalog („Hitliste“)	keine detaillierte Festlegung ¹
durch wen?	EAE	EAE in Abstimmung mit Fachabteilungen	
Leistungspositionen	35	60	
Gemeinsamkeiten	Einzelpositionen wie z.B. Ultraschalluntersuchungen, EKG, Setzen von Kathetern, Injektionen und Infusionen		
Unterschiede	<ul style="list-style-type: none"> • HNO-/Augenunter- suchungen in EAE durch Fachärzte – keine Leistungen der EAE 	<ul style="list-style-type: none"> • plus: Einzelpositionen HNO- und Augenbereich • plus: mehr Leistungen aus Anästhesie/ Intensiv² • plus vereinzelt: nur stationär erbringbare Leistungen³ 	
tatsächliche Leistungen 2014	<ul style="list-style-type: none"> • innerhalb des festge- legten Leistungs- spektrums 	<ul style="list-style-type: none"> • über die „Hitliste“ hinausgehend⁴ 	

¹ Regelungen teilweise (auch) in Schnittstellenvereinbarungen bzw. –protokollen

² z.B. Pleurapunktion (Punktion des Pleuraspaltraums zwischen Rippen und Lunge bei Vorliegen eines Pleuraergusses),
therapeutische Einlage zentraler Venenkatheter etc.

³ z.B. Lyse bei Myokardinfarkt

⁴ z.B. therapeutische Einlage arterielle Kanüle peripher Arterie, sonstige Inhalationstherapie etc.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

(2) Die Erstaufnahmeeinheiten der KH Vöcklabruck und BHS Ried verfügten über detaillierte schriftliche Festlegungen der Leistungsspektren, welche im KH Vöcklabruck im Unterschied zum KH BHS Ried mit den Fachabteilungen nur teilweise abgestimmt waren; im Ambulanzstatut bzw. der Abteilungsordnung waren diese nicht verankert. Das KH Wels listete die Leistungen der Erstaufnahmeeinheit für den RH auf⁶⁴ und verwies u.a. auf das Statut⁶⁵ der Erstaufnahmeeinheit sowie die Schnittstellenprotokolle bzw. Standards (TZ 26, 37); detaillierte schriftliche Festlegungen fehlten hier.

(3) Die „Hitliste“ des KH BHS Ried sah u.a. mehr Leistungen aus dem Bereich Anästhesie und Intensivmedizin als das KH Vöcklabruck (z.B. Pleurapunktion⁶⁶, therapeutische Einlage zentraler Venenkatheter etc.) und auch Leistungen (z.B. Lyse bei Myokardinfarkt) vor, die laut stationärem Leistungskatalog des BMGF nur stationär erbringbar waren.

(4) Die Tätigkeit der Erstaufnahmeeinheit des KH Vöcklabruck blieb 2014 im Rahmen des definierten Leistungsspektrums; demgegenüber erbrachte die Erstaufnahmeeinheit des KH BHS Ried auch über ihre Hitliste hinausgehende Leistungen (z.B. therapeutische Einlage arterielle Kanüle peripher Arterie, sonstige Inhalationstherapie etc.).

25.2 Der RH hielt kritisch fest, dass in allen Erstaufnahmeeinheiten eine Verankerung des Leistungsspektrums in den Grundsatzdokumenten (z.B. Ambulanzstatut, Abteilungsordnung) fehlte.

Zwar hatten das KH Vöcklabruck und das KH BHS Ried detaillierte Festlegungen getroffen, der RH wies allerdings darauf hin, dass:

- diese im KH Vöcklabruck nur teilweise mit den Fachabteilungen abgestimmt waren und

⁶⁴ Blutabnahme aus der Vene, Venflonanlage, Herz-Kreislauf Monitoring (EKG, Sauerstoffsättigung etc.), verschiedene Therapien (intravenös, oral, Inhalation), arterielle oder venöse Blutgasanalyse, Erhebung des klinisch-physikalischen Status oder der Anamneseerhebung, Notfallsonographie, Nasentamponade, Cerumenabsaugung, Abszessinzision, Gelenkspunktionen, Anlage oder Wechsel von transurethralen Kathetern, Wechsel von suprapubischen Kathetern, Harnanalyse, Ausfüllen von Rezeptformularen, Krankmeldungen und Formularen über meldepflichtige Erkrankungen sowie Verordnungs-scheine und Transportscheine

⁶⁵ Darin war allgemein festgehalten, dass die Erstaufnahmeeinheit Patienten mit akuten und unklaren Beschwerden und allen Krankheitsbildern die optimale medizinische Akut-Versorgung zu bieten hatte.

⁶⁶ Unter einer Pleurapunktion versteht man die Punktion des Pleuraspaltraums zwischen Rippen und Lunge bei Vorliegen eines Pleuraergusses.

- die Festlegungen des KH BHS Ried („Hitliste“) auch Leistungen vorsahen, die laut stationärem Leistungskatalog des BMGF nur stationär erbringbar waren; weiters erbrachte die Erstaufnahmeeinheit auch über ihre Hitliste hinausgehende Leistungen.

Beim KH Wels bemängelte der RH, dass entsprechende Festlegungen überhaupt fehlten.

Der RH empfahl allen überprüften Krankenanstalten, die Leistungsspektren der Erstaufnahmeeinheiten klar zu definieren bzw. in den entsprechenden Grundsatzdokumenten in Abstimmung mit den Fachabteilungen transparent festzulegen, um die Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben sicherzustellen.

Dem KH BHS Ried empfahl er darüber hinaus, im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit das in der „Hitliste“ festgelegte Leistungsspektrum bzw. die in der Erstaufnahmeeinheit tatsächlich erbrachten Leistungen zu evaluieren.

25.3 (1) *Die gespag sagte in ihrer Stellungnahme zu, das Leistungsspektrum der Akutaufnahmen zu überprüfen und detaillierter auszuführen sowie zu kommunizieren.*

(2) Die Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie die Festlegung eines Leistungsspektrums als nicht sinnvoll erachte; die Funktion einer Erstversorgungseinheit ziele in erster Linie auf die Sicherstellung eines zeitnahen Arztkontaktes ab und daraus resultierend würden eine Erstuntersuchung sowie Erstdiagnostik durchgeführt, die sich im zeitlichen Rahmen hielten. Das Leistungsspektrum hänge außerdem von der technischen Ausstattung in der Akutaufnahme ab.

(3) Laut Stellungnahme der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. sei das Leistungsspektrum mit den Abteilungen abgestimmt worden. Ein Leistungskatalog pro Fach liege vor, der nach gesetzlicher Festlegung entsprechend adaptiert werde.

25.4 (1) Der RH entgegnete der Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH, dass die Definition des Leistungsspektrums u.a. deshalb erforderlich war, um einerseits eine Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben sicherzustellen. Andererseits sollen dadurch eine Abstimmung mit den Fachabteilungen und eine patientensichere sowie effiziente Leistungserbringung an der optimalen Stelle bzw. zum richtigen Zeitpunkt gewährleistet werden. Die Argumentation, dass die technische Aus-

Abläufe und Prozesse in der Erstaufnahmeeinheit

stattung einer Definition des Leistungsspektrums entgegenstehe, war für den RH nicht nachvollziehbar.

(2) Gegenüber der Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H. stellte der RH klar, dass seine Empfehlungen u.a. auch darauf gerichtet waren, im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit das in der „Hitliste“ festgelegte Leistungsspektrum bzw. die in der Erstaufnahmeeinheit tatsächlich erbrachten Leistungen zu evaluieren. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die „Hitliste“ der Erstaufnahmeeinheit Leistungen enthielt, die laut stationärem Leistungskatalog des BMGF nur stationär erbringbar waren.

Behandlungspfade und Checklisten

26.1 (1) Der ÖSG verlangte von Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) bzw. Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) eine „Qualitätssicherung durch Behandlungspfade, Checklisten auf Basis von evidenzbasierter Medizin.“ Konkretere Vorgaben bzw. Definitionen fehlten.

(2) In der Erstaufnahmeeinheit des KH Vöcklabruck kamen bei der Patientenbehandlung im Internet abrufbare nationale und internationale Guidelines und Empfehlungen zur Anwendung.⁶⁷ Die Schnittstellenvereinbarungen (TZ 37) boten höchstens Ansätze für Behandlungspfade.

(3) In den Erstaufnahmeeinheiten des KH Wels und des KH BHS Ried stand ein externes webbasiertes Nachschlagewerk speziell für Notfälle⁶⁸ zur Verfügung, das beide Krankenanstalten sowohl als Behandlungspfade als auch als Checklisten einstuften.

(4) (a) Im KH Wels kamen in der Erstaufnahmeeinheit weiters hausinterne Schnittstellenvereinbarungen (TZ 37) sowie teilweise in den Jah-

⁶⁷ Weiters bestanden für die Erstaufnahmeeinheit Standard Operating Procedures, die jedoch keine medizinischen Fragen behandelten. Diese waren: Standard Operating Procedures zu Hygiene, zu intravenösen Tätigkeiten, zur Zuständigkeit im Falle eines Alarms von Räumlichkeiten ohne primäre Zuständigkeit und zum Vorgehen bei Verdacht auf Sexualdelikt.

⁶⁸ „Notfall-Standards“, ein webbasiertes Nachschlagewerk über Symptome, Differenzialdiagnosen und Diagnosen sowie Behandlungspfade – siehe www.medstandards.ch (zuletzt abgerufen am 16. November 2015)

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 krankenhausintern 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 Ambulanzzeiten. 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:

	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-ingeschätzten 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 erfassten.

(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 ambulant. 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-Berech- nung ¹ /Wartezeiten	laut Krankenanstalt	laut RH-Berech- nung 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	nicht auswertbar	3	nicht auswertbar
sehr dringend	13		17	
dringend	29		63	
normal	25		53	
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 entsprechen. 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 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 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)				
	Behandlungsdauer¹/ 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 terminiert, 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:

	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 erschein.

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 Fondskrankenanstalten 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 Gebarungsüberprüfung 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 gspag 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 gspag 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 gspag 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-Zielsteuerungsgesetz 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 mitzubersichtigen. (TZ 8)

(14) Die Daten betreffend Einweisungsarten wären bei den künftigen Planungen für den spitalsambulanten bzw. niedergelassenen Bereich mitzubersichtigen, 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 mitzubersichtigen. (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 Notarzausbildung (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. Aufnahmestationen 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)

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

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

(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

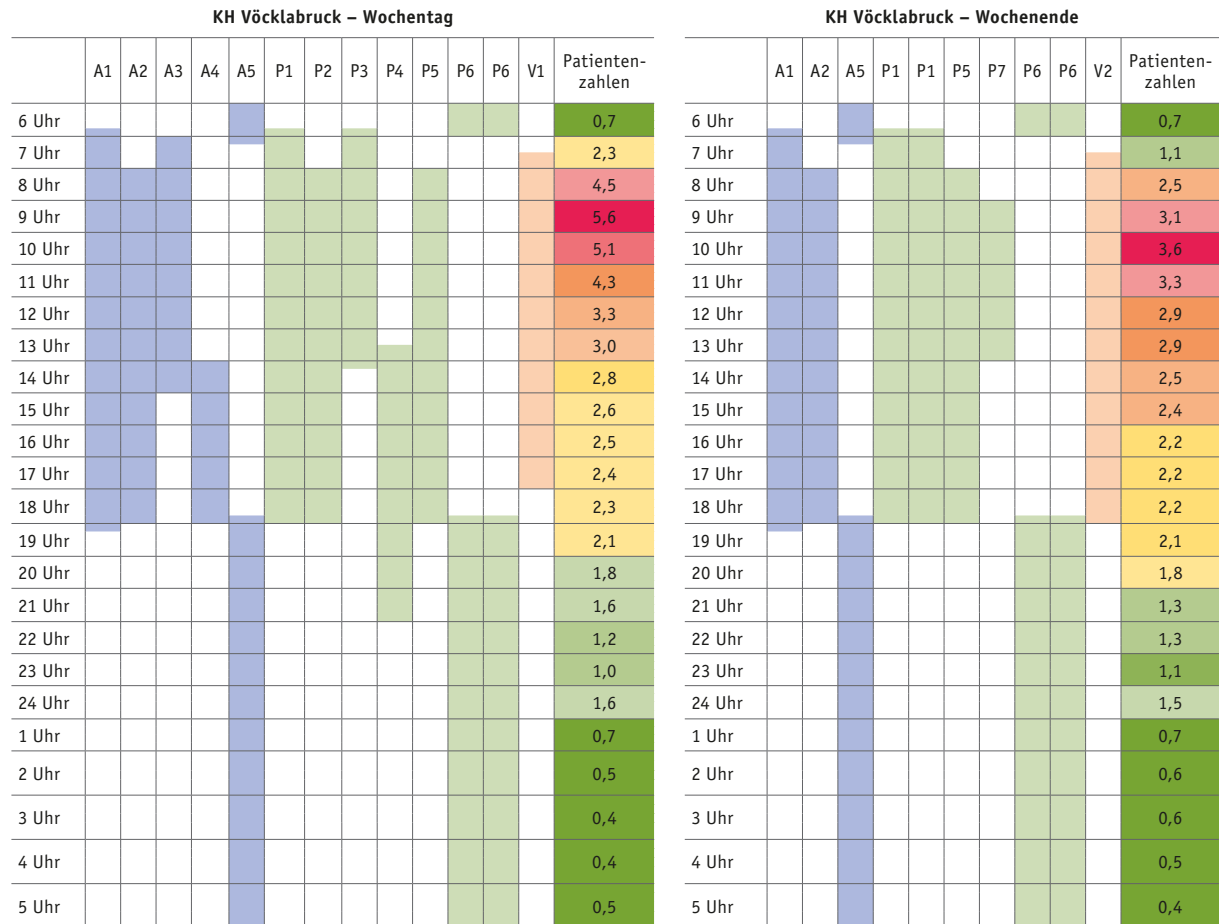
Anhang 3: Personalbesetzung und Patientenaufkommen im KH BHS Ried

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-Dienstrades 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

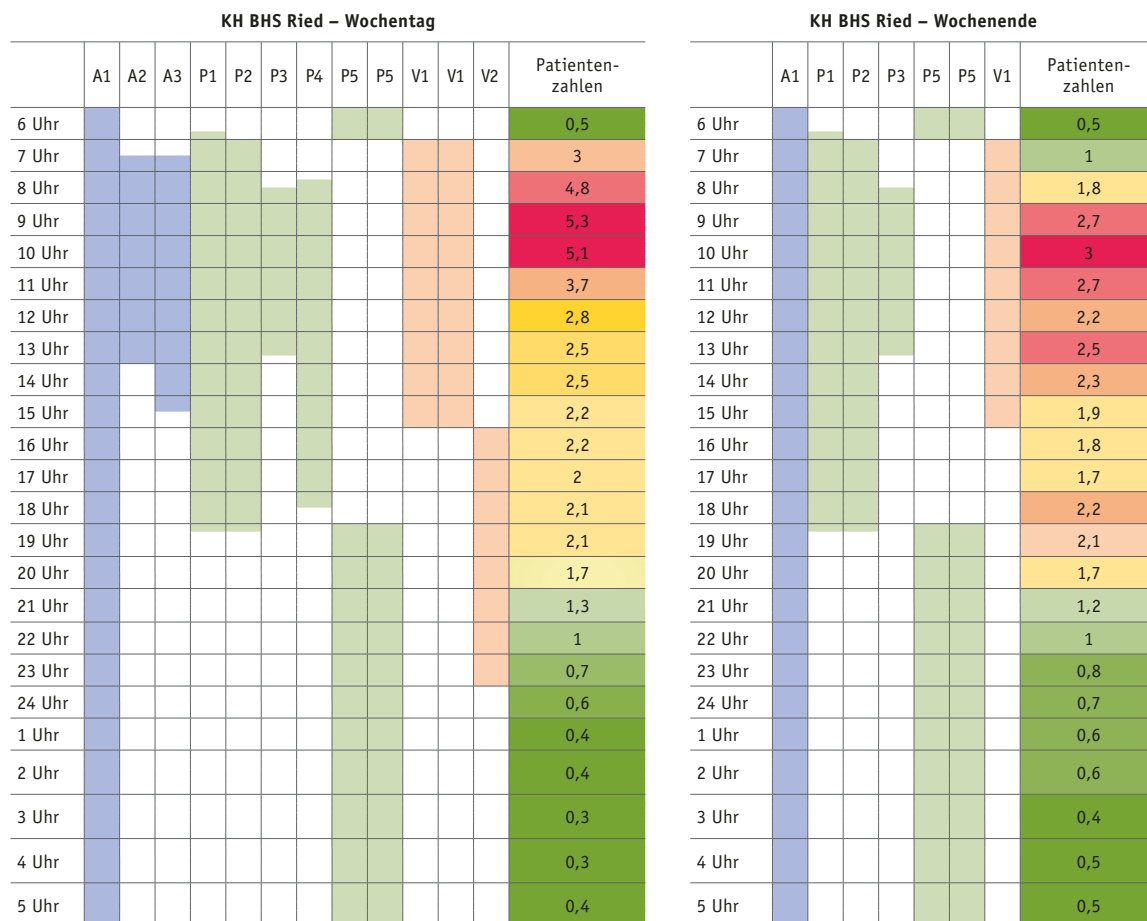
- A1: 7:30 bis 18:00 Uhr
- A2: 7:30 bis 16:00 Uhr
- A3: 7:30 bis 14:00 Uhr
- A4: 10:00 bis 20:00 Uhr
- A5: 14:00 bis 23:00 Uhr
- A6: 18:00 bis 8:00 Uhr
- A7: 9:00 bis 19:00 Uhr
- A8: 13:00 bis 22:00 Uhr
- V1: 7:00 bis 15:30 Uhr
- V2: 7:00 bis 24:00 Uhr
- P1: 7:00 bis 15:30 Uhr
- P2: 7:00 bis 19:00 Uhr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

**BMGF****ANHANG 4
Entscheidungsträger**

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
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BHAG	Buchhaltungsagentur des Bundes GmbH
BHG	Bundshaushaltsgesetz
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 Allgemeinmedizinern 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
Bundsvoranschlag 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.

Förderziele und Förderschwerpunkte

- 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.
- 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 krankenschweflerischer 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.*

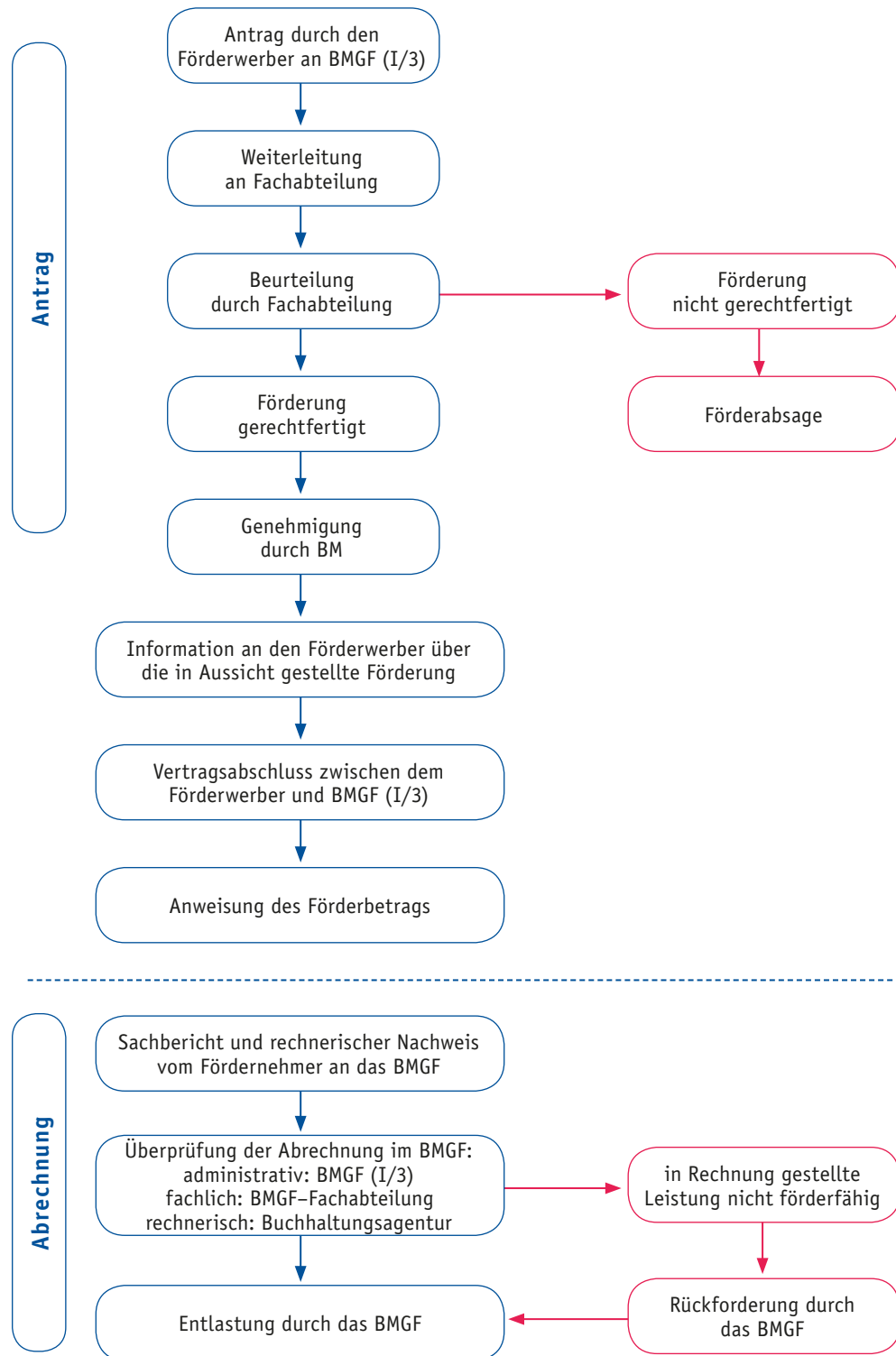
Organisation der Förderabwicklung

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 urgiert 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) bedecken 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 Suchtgiftmissbrauch 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>	<i>n.v.</i> ¹	<i>n.v.</i> ¹	1.154	1.502	1.157	3.813
<i>stationär</i>	<i>n.v.</i> ¹	<i>n.v.</i> ¹	322	397	322	1.041
sonstige Einrichtungen ²	<i>n.v.</i> ¹	<i>n.v.</i> 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

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 Lehrpraxen-
förderung

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, Turnusärztinnen 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

BMGF

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.*

Schlussempfehlungen

31 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen an das BMGF hervor:

(1) Eine Sonderrichtlinie für den Suchtpräventions- und Veterinärbereich wäre zu erarbeiten. (TZ 5)

(2) Der Entwurf für eine Sonderrichtlinie für den Bereich Gesundheitsförderung wäre rasch fertigzustellen und mit dem BMF abzustimmen. (TZ 5)

(3) Die bereits bestehende Sonderrichtlinie für die Förderung der Lehrpraxen wäre formell an die Rahmenrichtlinien 2014 anzupassen. (TZ 5)

(4) Eine Förderstrategie für die nächsten Kalenderjahre sollte unter Berücksichtigung der Fördergewährung anderer Gebietskörperschaften sowie der budgetären Lage erarbeitet werden. (TZ 6)

(5) Ausgehend von einer gesamthaften Förderstrategie wären quantifizierbare Ziele zu definieren, um über eine Grundlage für die Evaluierung aller Förderungen zu verfügen. (TZ 7)

(6) Für die Basisförderungen langjähriger Fördernehmer sollten künftig auch Wirkungsziele und Indikatoren festgelegt werden. (TZ 8)

(7) Die Beibehaltung der Förderschwerpunkte zwei bis fünf wäre im Hinblick auf ihre Relevanz für die Förderstrategie zu überdenken. (TZ 8)

(8) Die Notwendigkeit eines breiten ausdifferenzierten Förderangebots der Gesundheitsförderung und -prävention wäre zu überdenken. (TZ 8)

(9) Inhaltliche Abstimmungen mit anderen haushaltsführenden Stellen bezüglich einer Fördergewährung sollten nachvollziehbar dokumentiert werden. (TZ 10)

(10) Es wäre zu erheben, ob die internen Kosten der einzelnen Förderungen – insbesondere bei Kleinstförderungen – in einem angemessenen Verhältnis zu den damit verfolgten Zielen stehen. (TZ 11)

(11) Zusätzlich zur Kontrolle im Rahmen der Fördervergabe wäre auch im Rahmen der Projektabrechnung zu überprüfen, ob der Sachbericht mit den in den Anträgen angeführten Maßnahmen übereinstimmt, und dies entsprechend zu dokumentieren. (TZ 12)

Schlussempfehlungen

(12) In allen Förderbereichen wären Evaluierungen – wie in den Rahmenrichtlinien vorgesehen – durchzuführen und diese als Entscheidungsgrundlage für die Gewährung weiterer Förderungen heranzuziehen. (TZ 13)

(13) Im Falle von Rückforderungen von Fördermitteln sollten neben dem Rückzahlungsbetrag auch die in den Rahmenrichtlinien vorgesehenen Zinsen eingefordert werden. (TZ 13, 18)

(14) Eine Evaluierung der Förderung der Lehrpraxen sollte insbesondere im Hinblick auf die „Ärzteausbildung Neu“ und die Qualität der Ausbildung von Allgemeinmediziner*innen durchgeführt werden. (TZ 13, 26)

(15) Förderwürdige Kosten sollten – gemäß den Fördervoraussetzungen des BMGF – erst ab dem Zeitpunkt des Einlangens eines Ansuchens und der Vorlage aller erforderlichen Unterlagen gefördert werden. (TZ 14)

(16) Bei (langjährigen) Fördernehmern, die wiederholtermaßen ihre Abrechnung unvollständig und verspätet vorlegen, sollten weitere Förderungen von der vollständigen Vorlage aller ausständigen Abrechnungsunterlagen abhängig gemacht werden. (TZ 14)

(17) Im Sinne eines effizienten Einsatzes der öffentlichen Finanzmittel sollte sich das BMGF bei der Förderung der AIDS-Hilfe Vereine mit den Ländern, Städten und Gemeinden inhaltlich und finanziell abstimmen. (TZ 15)

(18) Auf eine fristgerechte Abgabe der Förderabrechnungen wäre hinzuwirken und dies wäre nachweislich zu dokumentieren. (TZ 16)

(19) Auf eine Verkürzung der Bearbeitungszeiten unter Aufrechterhaltung der Abrechnungsqualität wäre nachweislich hinzuwirken. (TZ 17, 22)

(20) Eine Gesamtbetrachtung der von den AIDS-Hilfe Vereinen erbrachten Leistungen wäre im Hinblick auf die tatsächliche Wirkung vorzunehmen. Die wichtigsten Kennzahlen sollten genderdisaggregiert aufbereitet werden. (TZ 19)

(21) Quantifizierbare Ziele der Suchtprävention sollten schriftlich festgelegt und mit Indikatoren hinterlegt werden. (TZ 21)

(22) Im Suchtpräventionsbereich sollte eine finanzielle Abstimmung mit anderen Fördergebern vorgenommen werden. (TZ 24)

(23) Mit gezielten Fördermaßnahmen wäre weiterhin auf eine weitere Senkung des Drogenmissbrauchs hinzuwirken. (TZ 25)

(24) Die umfangreich, transparent und nachvollziehbar gestalteten Projektanträge eines vom BMGF geförderten Vereins im Veterinärbereich sollten für andere Fördernehmer als Benchmark herangezogen werden. (TZ 28)

(25) Da es sich bei den Zahlungen von insgesamt 1,65 Mio. EUR zur Finanzierung des Tiergnadenhofs um keine Förderung im klassischen Sinne handelte, sollten diese im Sinne einer transparenteren Darstellung hinkünftig nicht aus dem für Fördermittel vorgesehenen Budgetansatz geleistet werden. (TZ 29)

(26) Aufgrund der nicht unter § 2 Tierschutzgesetz subsumierbaren Leistungen eines Vereins, dessen Tätigkeit dem Rettungswesen zuzuordnen war, sollte sich das BMGF von dessen Förderung zurückziehen. (TZ 30)

Wien, im August 2016

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

