

Bis zur Gebarungsüberprüfung des RH gab es keine von der Ärztlichen Direktion erstellten Aufgaben- und Tätigkeitsprofile; die Klinikvorstände hatten sich sowie ihren Mitarbeitern solche teilweise selbst vorgegeben. Im vorgelegten Entwurf (siehe TZ 20) wurden diese Aufgaben von der Ärztlichen Direktion definiert.

Zwischen dem Ärztlichen Direktor des AKH Wien und den Klinikvorständen wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen; darin war die Ausbildung der TÄ/F jedoch bisher nicht thematisiert; dies war laut Angaben der MedUni Wien⁸⁵ für künftige Zielvereinbarungen aber vorgesehen.

LKH Innsbruck

Auch am LKH Innsbruck waren die Universitätskliniken Organisationseinheiten der MedUni Innsbruck und gleichzeitig Abteilungen der Krankenanstalt; daher kam den Direktoren der sechs Universitätskliniken die Funktion der Ausbildungsverantwortlichen zu; das Department Innere Medizin, in dem diese sechs Kliniken zusammengefasst waren, hatte nur eine Koordinationsfunktion. Trotzdem unterzeichnete der Departmentdirektor die Rasterzeugnisse als Ausbildungsverantwortlicher; ab September 2014 übernahmen – wie gesetzlich vorgesehen – die Klinikleiter als Ausbildungsverantwortliche diese Aufgabe.

Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für die Ausbildungsverantwortlichen lagen nur sehr allgemein formuliert bzw. für bestimmte TÄ/F vor.⁸⁶ Zielvereinbarungen zwischen der Ärztlichen Direktorin und den Klinikdirektoren gab es im LKH Innsbruck nicht; geplant war, solche im Laufe des Jahres 2015 zu erarbeiten und die Ärzteausbildung darin zu thematisieren.

⁸⁵ Universitätsmedizin Wien 2020, Teilprojekt 3 – Betriebsführung und Unternehmenssteuerung, Ergebnis der Workshops bis zum 8. September 2014 zu den Prozessen Zielvereinbarungsgespräche

⁸⁶ z.B.: Die Betriebsvereinbarung aus 2008 „Ausbildungsverlauf der Facharztausbildung“ für die TÄ/F, die in einem privatrechtlichen Dienstverhältnis zum Land Tirol standen, legte klar, wer der Ausbildungsverantwortliche war und welche Aufgaben er zu erfüllen hatte: Erstellen eines individuellen Ausbildungsplans für jeden neuen TA/F; laufende Kontrolle der Einhaltung des Ausbildungsplans, als Grundlage für die Einhaltung des Rasterzeugnisses; Schaffung von Rahmenbedingungen in Kooperation mit dem Dienstgeber, die ein bestmögliches Erreichen der Ausbildungsziele sicherstellen.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Die Ausbildungsverantwortlichen in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten waren die jeweiligen Abteilungsleiter bzw. – im Fall der Konsiliarausbildung (siehe TZ 38) – die ausbildenden Konsiliarärzte.

Umfassende Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für die Ausbildungsverantwortlichen gab es auch hier nicht. Schriftliche Zielvereinbarungen zwischen dem Ärztlichen Direktor und den Ausbildungsverantwortlichen lagen ebenfalls nicht vor.⁸⁷

23.2 Der RH hielt kritisch fest, dass es für die Ausbildungsverantwortlichen, die in der Praxis die größte Ausbildungsverantwortung trugen, bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung kaum von der Leitung vorgegebene (umfassende) Aufgaben- und Tätigkeitsprofile gab.

Ebenso war es aus Sicht des RH kritisch, dass schriftliche Zielvereinbarungen zwischen Ärztlichem Leiter und Klinik- bzw. Abteilungsleitern bisher entweder gar nicht vorhanden waren oder nicht für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt wurden. Auch die Unterzeichnung der Rasterzeugnisse durch den dafür nicht zuständigen Departmentdirektor am LKH Innsbruck war kritisch zu werten; positiv war jedoch die nunmehr erfolgte Änderung der Vorgangsweise zu sehen. Ebenso positiv erachtete der RH die aktuellen Bestrebungen des AKH Wien bzw. der MedUni Wien und des LKH Innsbruck etwa im Zusammenhang mit den Zielvereinbarungen zwischen der Ärztlichen Direktion und den Klinikleitern.

Der RH wertete auch die Klarstellung, wer der sogenannte Ausbildungsverantwortliche war, durch die Novelle zum ÄrzteG 1998 positiv. Er hielt jedoch fest, dass diese weiterhin keine genaue Definition der Aufgaben des Ausbildungsverantwortlichen vorsah; seine im Begutachtungsverfahren geäußerten Bedenken blieben daher aufrecht.

Um dennoch eine durchgängige und qualitätsgesicherte Organisation der Ärzteausbildung sicherzustellen, empfahl der RH dem AKH Wien, die im Entwurf (IZ 20) angeführten Zuständigkeiten des Ausbildungsverantwortlichen gegebenenfalls im Sinne der neuen Aus-

⁸⁷ Nach Angaben der Krankenanstalten wurden allerdings im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Controllinggespräche verschiedene Ziele u.a. gemäß der Zielelandkarte mit den Abteilungsleitern besprochen, wobei ein strategisches Ziel die Sicherung der medizinischen Personalkapazität war. Darüber hinaus sollen im Rahmen der Einführung der Mitarbeitergespräche Zielvorgaben besprochen werden, die auch das Thema Ausbildung beinhalten.

bildungsbestimmungen zu konkretisieren. Den anderen überprüften Krankenanstaltenträgern bzw. Krankenanstalten empfahl der RH, klare Festlegungen vorzusehen.

Angesichts der Bedeutung der Ärzteausbildung empfahl der RH weiters, diese auch in den Zielvereinbarungen zu thematisieren. Grundlage dafür sollten u.a. auch die Evaluierungsergebnisse bzw. der daraus ableitbare Handlungsbedarf (z.B. didaktische oder führungstechnische Fortbildung des Ausbildungsverantwortlichen) sein. (TZ 42, 44)

23.3 *(1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlung zu. Sie teilten mit, dass in den geplanten gemeinsamen Zielvereinbarungen des Managementboards mit den Organisations-einheitenleitern des Klinischen Bereiches auch Ausbildungsziele aufgenommen würden. Weiters werde der vom RH angeführte Entwurf im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Ärzteausbildung konkretisiert, wobei auch die Zuständigkeiten der Ausbildungsverantwortlichen klar festgelegt würden. Grundlage der Zielvereinbarungen werde die im Entwurf genannte Evaluierung sein.*

(2) Laut Stellungnahme der TILAK werde die Definition der Zuständigkeiten sowie der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der jeweiligen Beteiligten in der Ärzteausbildung (Ärztliche Direktion, Primarii, Ausbildungsverantwortliche) von einer Projektgruppe erarbeitet.

(3) Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 18 (Ausbildungsvorgaben der Krankenanstaltenträger) und TZ 19 (Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters). Darin thematisierte das Land die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern bzw. die für diese erstellten neuen Stellenbeschreibungen.

23.4 Der RH wies gegenüber der Stadt Wien und der MedUni Wien, der TILAK und der MedUni Innsbruck sowie dem Land Niederösterreich darauf hin, dass er im Rahmen seiner Stellungnahme zum Entwurf der ÄAO 2015 auch seine Kritik an der fehlenden rechtlichen Definition der Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Ausbildungsverantwortlichen wiederholt hatte und seine Bedenken aufrecht hielt. Die Anregung des RH wurde in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 nicht berücksichtigt.

Gegenüber der TILAK wiederholte der RH ferner seine Empfehlung nach einer Thematisierung der Ärzteausbildung in den Zielvereinbarungen mit den Ausbildungsverantwortlichen.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Gegenüber dem Land Niederösterreich stellte der RH weiters klar, dass seine Empfehlung explizit auf den Ausbildungsverantwortlichen – und nicht auf den Ärztlichen Leiter – gerichtet war. Der RH wiederholte daher seine Empfehlung nach klaren Festlegungen hinsichtlich der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten des Ausbildungsverantwortlichen und einer Thematisierung der Ärzteausbildung in den Zielvereinbarungen mit diesen.

Ausbildungsassistenten und Mentoren

24.1 Gemäß ÄrzteG 1998 hatte der Ausbildungsverantwortliche die Möglichkeit, sich von einem Ausbildungsassistenten⁸⁸ unterstützen zu lassen.⁸⁹ An mehreren überprüften Krankenanstalten gab es auch Mentorensysteme.

AKH Wien und LKH Innsbruck

An den vom RH überprüften Kliniken für Innere Medizin am AKH Wien und am LKH Innsbruck waren Ausbildungsassistenten zur Unterstützung des Ausbildungsverantwortlichen eingesetzt.

Im AKH Wien definierte die Ärztliche Direktion gemeinsam mit der Ärztekammer Wien im Jahr 2003 Kernaufgaben des Ausbildungsassistenten; solche waren u.a. die Unterstützung des Ausbildungsverantwortlichen bei der Erstellung und Umsetzung eines Ausbildungsplans sowie die Koordination der Rotation. Art und Ausmaß der Unterstützung waren jeweils im Einzelfall durch den Ausbildungsverantwortlichen festzulegen.

Ein Mentoren-System für TÄ/F war nicht überall durchgängig installiert. Für TÄ/A des LKH Innsbruck wurde 1992 ein Ausbildungsmentoren-Modell initiiert, das die Ziele⁹⁰, das Anforderungsprofil und die Aufgabenbereiche sowie die Umsetzung in der Praxis festgelegt. Ein

⁸⁸ je nach Ausbildung zum Allgemeinmediziner oder zum Facharzt kann der Ausbildungsverantwortliche gemäß §§ 9 Abs. 5 bzw. 10 Abs. 6 ÄrzteG 1998 von einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt bzw. von einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Facharzt des jeweiligen Sonderfachs unterstützt werden.

⁸⁹ Der Begriff „Ausbildungsassistent“ war im neuen ÄrzteG nicht mehr vorgesehen. Unverändert war, dass sich der Ausbildungsverantwortliche von einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Facharzt des jeweiligen Sonderfachs unterstützen lassen konnte (§ 11 Abs. 4).

⁹⁰ Es sollten die Ausbildungsdiskrepanz vermindert, der Lernprozess der Auszubildenden individuell gefördert, die Ausbildung vereinheitlicht und durch den Kontakt mit dem Fachbereich Medizin die Ausbildungspläne laufend angeglichen werden.

neues Modell soll laut LKH Innsbruck im Zuge der Ärzteausbildung NEU realisiert werden.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

In den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten gab es außer am Standort Waidhofen keine nominierten Ausbildungsassistenten; die Unterstützung der Ausbildungsverantwortlichen oblag dem stationsführenden Oberarzt oder allen Oberärzten. Ein Mentorensystem war an keinem Standort vorgesehen.

- 24.2** Der RH stellte fest, dass die Unterstützung durch Ausbildungsassistenten bzw. Mentoren an den vom RH überprüften Krankenanstalten unterschiedlich gehandhabt wurde.

Auffallend war, dass die Ärztliche Direktion des AKH Wien bspw. die Koordination der Rotation als Kernaufgabe eines Ausbildungsassistenten definierte; an den überprüften Kliniken für Innere Medizin nahmen allerdings diese Aufgabe meist die TÄ/F selbst wahr. (TZ 28)

Gerade in großen Ausbildungsstätten (viele Mitarbeiter, umfangreiches Leistungsspektrum), aber auch vor dem Hintergrund der mit der Ärzteausbildung NEU einhergehenden erhöhten Qualitätsvorgaben empfahl der RH den überprüften Krankenanstalten, sowohl „Ausbildungsassistenten“ als auch Mentoren verstärkt einzusetzen sowie ihre Aufgaben und Zuständigkeiten schriftlich festzulegen bzw. zu aktualisieren.

- 24.3** (1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten zu, die Definition der Kernaufgaben der Ausbildungsassistenten gemeinsam zu erarbeiten.

(2) Das Land Niederösterreich teilte mit, dass der Einsatz von Mentoren angestrebt und als wünschenswert erachtet werde. Limitierender Faktor der Umsetzbarkeit seien derzeit die zeitlichen Ressourcen der ärztlichen Mitarbeiter, insbesondere die engen Spielräume des Ärztearbeitszeitgesetzes, sowie das Spannungsfeld zwischen Patientenversorgung und Ausbildung.

Logbuch

- 25.1** Die gesetzlich vorgesehenen Rasterzeugnisse (TZ 2) definierten die von den Turnusärzten erfolgreich zu absolvierenden Lerninhalte; diese waren zum Teil aber sehr allgemein und unscharf formuliert. Um genau festzulegen, welche Lerninhalte in der Ausbildung vermittelt werden sollten, wurde in der Literatur und in der Praxis ein Logbuch als zweck-

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

mäßig erachtet⁹¹. Das Logbuch soll dem Lernenden sowie dem Ausbildungsverantwortlichen einen Überblick über die Lernziele und Lerninhalte bzw. deren Absolvierung während der gesamten Ausbildungszeit geben.

Der RH überprüfte daher, ob an den Kliniken bzw. Abteilungen für Innere Medizin Logbücher vorlagen, ob es geeignete Kontrollmechanismen gab und ob Logbücher als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen wurden. Der RH stellte in diesem Zusammenhang Folgendes fest:

AKH Wien

Die drei Universitätskliniken für Innere Medizin (KIM) hatten gemeinsam ein einheitliches Logbuch⁹² erarbeitet, welches seit Oktober 2010 an alle TÄ/F bei Eintritt ausgegeben wurde. Das Logbuch spezifizierte jedoch das Rasterzeugnis kaum, sondern deckte sich über weite Strecken mit diesem; es war lediglich ergänzt um die Dokumentation der absolvierten Rotationen und die Möglichkeit, für bestimmte Untersuchungen⁹³ die Anzahl einzutragen. Im Logbuch Innere Medizin waren weder Fallzahlen noch zu erreichende Kompetenzniveaus⁹⁴ vorgegeben.

Die Klinikleiter als Ausbildungsverantwortliche gaben zwar an, die Logbücher als Grundlage für die Ausstellung von Rasterzeugnissen heranzuziehen, Kopien der Logbücher wurden an den Universitätskliniken allerdings nicht archiviert. Die KIM III nahm nach eigenen Angaben seit Ende September 2014 eine Archivierung vor.

Zusätzlich wurden an den klinischen Abteilungen für Innere Medizin verschiedene Dokumente verwendet, die ebenfalls die Lerninhalte detailliert beschrieben.⁹⁵

⁹¹ vergleiche Birner, *Ärzteausbildung*, Sigmund Freud PrivatUniversitäts Verlag, 2010, S. 68 und durchgeführte Evaluierungen der Ärzteausbildung im Auftrag der Landesärztekammern

⁹² unter dem Titel Ausbildungs- und Rotationsregister

⁹³ wie bspw. Ergometrie oder Endoskopie

⁹⁴ Kompetenzniveaus legen fest, ob ein Lerninhalt bspw. nur gesehen oder praktisch beherrscht werden muss.

⁹⁵ Beispielsweise erhielten die TÄ/F an der Hämatologie das European Hematology Curriculum, welches zu erlernende Krankheitsbilder und zu erreichende Kompetenzniveaus enthielt. Die Klinische Abteilung für Angiologie verfügte über ein Blaubuch Angiologie in dem neben Allgemeinem und Organisatorischem die wichtigsten angiologische Krankheitsbilder ausgeführt waren.

Eine schriftliche Anweisung der Ärztlichen Direktion bzw. der Klinikleiter an ihre Ärzte, die jeweiligen Inhalte nach deren Absolvierung mit Unterschrift zu bestätigen, lag zur Zeit der Einschau vor Ort nicht vor.⁹⁶ Dem vorgelegten Entwurf zufolge (siehe TZ 20) sollen künftig Logbücher jedoch verpflichtend geführt und Ausbildungsinhalte darin vom jeweils zuständigen Ausbilder bestätigt werden. Auch war vorgesehen, dass die Logbücher zusammen mit den Rasterzeugnissen der Ärztlichen Direktion zu übermitteln waren, welche die Archivierung vornahm.

LKH Innsbruck

Auch im LKH Innsbruck gab es Logbücher:

(1) Das Logbuch der TÄ/A brach die Anforderungen des Rasterzeugnisses auf konkrete Krankheitsbilder, Beschwerden und Fertigkeiten und die jeweils zu erlangenden Kompetenzniveaus hinunter⁹⁷. Die Teilnahme an innerklinischen Fortbildungen war ebenfalls im Logbuch zu vermerken. Im Bereich der Inneren Medizin waren keine Fallzahlen vorgegeben, für andere Fachrichtungen⁹⁸ hingegen schon.

Das Logbuch war verpflichtend zu führen und musste nach Absolvierung eines Ausbildungsabschnitts an das AZW übermittelt werden. In der Stammdatei des Turnusarztes wurde sodann vermerkt, dass das Logbuch gesehen wurde. Es verblieb aber keine Kopie des Logbuchs im AZW.

Das Logbuch wurde jedoch nicht durchgängig von allen Ausbildungsverantwortlichen als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen.

(2) Im Logbuch für TÄ/F am Department Innere Medizin waren für die theoretischen Kenntnisse sowie für die Fertigkeiten und Erfahrungen zu erreichende Kompetenzniveaus definiert. Für den Bereich „Fertigkeiten und Erfahrungen“ war überdies die notwendige Fallzahl angeführt.

⁹⁶ Die KIM II hatte seit Herbst 2014 eine „Checkliste“ in Verwendung, die festlegte, welche Unterlagen dem neu eintretenden TÄ/F zu übergeben waren (u.a. das Logbuch).

⁹⁷ Ausbildungsinhalte für das Fach Allgemeinmedizin waren nicht im Logbuch enthalten.

⁹⁸ wie bspw. Dermatologie, Neurologie und Psychiatrie

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Am Department für Innere Medizin gab es keine Vorgabe, dass nur bei Vorliegen des vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Logbuchs ein Rasterzeugnis ausgestellt werden durfte.⁹⁹

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Das von der NÖ Landeskliniken-Holding in Arbeitsgruppen¹⁰⁰ entwickelte Logbuch für TÄ/A enthielt für jedes klinische Fach¹⁰¹, das ein TÄ/A durchlaufen musste, konkrete Ausbildungsinhalte und zu erlangende Kompetenzniveaus. Zu erreichende Fallzahlen waren keine vorgegeben.

Das Logbuch wurde an den Abteilungen für Inneren Medizin der überprüften niederösterreichischen Krankenhäuser nicht durchgängig verwendet. Es stellte keine Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse dar. Eine Kontrolle der Anwendung des Logbuchs und der Checkliste seitens der NÖ Landeskliniken-Holding gab es wie erwähnt nicht. (TZ 18)

Evaluierungen wurden bislang noch keine durchgeführt; eine Umfrage im Jahr 2012 ergab, dass das Logbuch in der vorliegenden Form teilweise als wenig praktikabel erachtet wurde. Als Reaktion auf die Umfrageergebnisse wurden bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung jedoch keine Maßnahmen gesetzt.

(2) Für die Ausbildung der TÄ/F der Inneren Medizin gab es weder von der NÖ Landeskliniken-Holding noch seitens der Ärztlichen Direktion bzw. der Abteilungen der überprüften Krankenhäuser ein Logbuch.

25.2 (1) Der RH anerkannte, dass alle überprüften Krankenanstalten, die TÄ/A ausbildeten über ein Logbuch für TÄ/A verfügten, ohne hiezu verpflichtet zu sein.

⁹⁹ Die Ausfertigung der Rasterzeugnisse erfolgt nach der Überprüfung der Ausbildungszeiten und Rotationszuteilungen nunmehr durch die Ausbildungsverantwortlichen des Departments.

Im Mai 2014 wurde in der Direktorenkonferenz der Inneren Medizin beschlossen, dass die jeweiligen Ausbildungsinhalte im Logbuch von jenen Klinikleitern zu unterzeichnen waren, die diese Inhalte vermittelten. Eine Archivierung der Logbücher war aber weiterhin nicht vorgesehen.

¹⁰⁰ bestehend aus den Abteilungsleitern der betroffenen Sonderfächer

¹⁰¹ Ausbildungsinhalte für das Fach Allgemeinmedizin waren nicht im Logbuch enthalten.

Kritisch sah er jedoch insbesondere, dass das Logbuch für TÄ/A in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten nicht durchgängig verwendet wurde, entsprechende Kontroll- bzw. Evaluierungsmechanismen mit anschließender Maßnahmensetzung fehlten und die Logbücher nicht als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen wurden.

Auch im LKH Innsbruck wurde das Logbuch für TÄ/A nicht durchgängig von allen Ausbildungsverantwortlichen als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen; positiv sah der RH jedoch, dass das Logbuch verpflichtend zu führen war und entsprechende Kontrollen stattfanden, auch wenn eine Archivierung von Kopien unterblieb.

(2) Was die Facharztausbildung betrifft anerkannte der RH, dass die Kliniken für Innere Medizin des AKH Wien und des LKH Innsbruck über Logbücher verfügten. Ausgehend davon, dass ein Logbuch die Inhalte der Rasterzeugnisse genauer spezifizieren bzw. die Lerninhalte und -ziele definieren soll, erfüllte das Logbuch der Kliniken für Innere Medizin des AKH Wien diesen Zweck nach Auffassung des RH nicht ausreichend.

Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fehlten sowohl am AKH Wien als auch am LKH Innsbruck für die TÄ/F-Logbücher für den RH nachvollziehbare Kontrollmechanismen bzw. -vorgaben. Diesbezüglich wertete der RH die aktuellen Bestrebungen des AKH Wien positiv.

Kritisch sah der RH weiters, dass für die Facharztausbildung Innere Medizin in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten – anders als am AKH Wien und am LKH Innsbruck – keine Logbücher vorlagen.

(3) Der RH erachtete Logbücher als zentral für die kontinuierliche Qualitätssteuerung in der Ausbildung und empfahl unter Berücksichtigung der mit der Ärzteausbildung NEU erfolgten Änderungen dem BMG – zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger –, gemeinsam mit der ÖÄK Musterlogbücher (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Specialist Qualifications¹⁰²⁾ für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln.

Auf Basis der Musterlogbücher empfahl er dem AKH Wien, dem LKH Innsbruck bzw. der TILAK und der NÖ Landeskliniken-Holding, Logbücher für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu erstellen bzw. zu überarbeiten.

(4) Für einen zweckmäßigen und konsequenten Einsatz der Logbücher empfahl der RH den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern Folgendes:

AKH Wien

Dem AKH Wien empfahl der RH, den vorgelegten Entwurf um die Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion und die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen, zu ergänzen.

LKH Innsbruck, LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Dem LKH Innsbruck und der NÖ Landeskliniken-Holding empfahl der RH ferner, zentrale Rahmenvorgaben des Ärztlichen Leiters/des Trägers für die Verpflichtung der Universitätskliniken bzw. Abteilungen, Logbücher zu verwenden. Diese Rahmenvorgaben sollten den Umgang mit dem Logbuch (z.B. Unterzeichnung der jeweils absolvierten Ausbildungsteile durch den Ausbilder, Archivierung von Kopien etc.) regeln, die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen enthalten, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen sowie einen geeigneten Kontrollmechanismus¹⁰³⁾ durch die Ärztliche Direktion zur Überprüfung

¹⁰²⁾ Die Europäische Vereinigung von Fachärzten (Union Européenne des Médecins Spécialistes, UEMS) gründete 2008 mit dem European Council for Accreditation of Medical Specialists Qualification (ECAMSQ) eine internetbasierte Weiterbildungsplattform für Akkreditierung von Wissen, Fertigkeiten und Professionalität. Dieses hat u.a. kompetenzbasiertes Lernen zum Ziel und arbeitete 2011 an einem Pilotprojekt zu regelmäßigen arbeitsplatzbasierten Überprüfungen (mittels Multiple-Choice Fragen und direkter Beobachtung von praktischen Fertigkeiten). Weiters arbeitete ECAMSQ an der Entwicklung eines E-Portfolios, welches die Beurteilung der erlangten medizinischen Kompetenzen unterstützen soll.

¹⁰³⁾ beispielsweise stichprobenartige Überprüfung der Logbücher bei Unterfertigung der Rasterzeugnisse durch die Ärztliche Direktion

der Einhaltung dieser Rahmenvorgaben festlegen. Für den Fall, dass Logbücher für TÄ/F dezentral entwickelt werden, sollte deren Freigabe durch die Ärztliche Direktion vorgesehen werden.

25.3 (1) Das BMG teilte mit, dass die ÖÄK gemäß ÄrzteG 1998 eine Verordnung über die Ausgestaltung und Form einschließlich der Einführung von Ausbildungsbüchern, der sogenannten „Logbücher“, zu erlassen habe. Auch sei dieses Thema in der Kommission für die ärztliche Ausbildung besprochen worden.

(2) Die Stadt Wien und die MedUni Wien teilten mit, dass im vorliegenden Entwurf der Ärztlichen Direktion bereits festgehalten sei, dass Logbücher, welche die Inhalte der Rasterzeugnisse spezifizieren und über die Bestätigung des jeweiligen Mentors als Grundlage für die Rasterzeugnisse herangezogen würden, zukünftig verpflichtend geführt werden müssten. Die Archivierung dieser Logbücher sei gemeinsam mit der Archivierung der Rasterzeugnisse in der Ärztlichen Direktion vorgesehen.

Die Stadt Wien teilte weiters mit, dass künftig auch ein Kontrollmechanismus im Rahmen von regelmäßigen internen Audits geplant sei. Abgesehen von der Spezifizierung der Lernziele würden gegebenenfalls auch Fallzahlen und vor allem das Kompetenzniveau im Rahmen dieser Logbücher festgehalten. Die empfohlene Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion werde seitens der TU-AKH Wien aufgrund des hohen Verwaltungsaufwands und der Ansicht, dass dies im Verantwortungsbereich der Ausbildungsverantwortlichen liege, kritisch gesehen. Innerhalb der bereits genannten Audits werde jedoch sowohl das Vorliegen als auch die Qualität der Logbücher kontrolliert.

Die MedUni Wien teilte ferner mit, sie werde ihre Expertise im Umgang mit Logbüchern im Rahmen des Diplomstudiums der Humanmedizin (insbesondere im Klinisch Praktischen Jahr) einbringen.

(3) Laut Stellungnahme der TILAK seien derzeit bereits Logbücher in den Organisationseinheiten der TILAK in Verwendung. Es sei abzuklären, welche Inhalte auf die neuen Logbücher übertragen werden könnten. Die Neufassung der Logbücher sei an den Musterlogbüchern des BMG und der Ärztekammer auszurichten. Der Themenbereich werde von der auch für die Ausbildungskonzepte zuständigen Projektgruppe erarbeitet.

(4) Das Land Niederösterreich teilte mit, dass laut Ärztekammervertretern die Erarbeitung von Logbüchern durch die Fachgruppen in Planung sei, welche – sobald verfügbar – verwendet würden. Gemeinsam mit Primärärzten der niederösterreichischen Klinikstandorte sei derzeit

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

ein Skriptum über Ausbildungsinhalte der Basisausbildung in Ausarbeitung; für Ausbildungsinhalte, die in der Klinikroutine schwer vermittelbar seien, würden Workshops entwickelt, die regelmäßig in jeder Region angeboten würden. Laut informeller Information der Ärztekammer und des BMG würden die Logbücher durch die Auszubildenden selbst zu führen sein und sowohl den in Ausbildung stehenden Ärzten als auch den Ausbildungsverantwortlichen als Hilfestellung dienen. Es werde davon ausgegangen, dass seitens der Fachgruppen, welche die Ausbildungscurricula festlegten und dafür die Logbücher herausgeben würden, eine Anleitung gegeben werde, wie diese zu handhaben und in der täglichen Praxis zu verwenden seien. Daran würden sich die Betroffenen halten.

- 25.4** Der RH wies gegenüber dem BMG, den Trägern der überprüften Krankenanstalten und den beiden Medizinischen Universitäten darauf hin, dass er im Rahmen der Begutachtung der ÄAO 2015 sowie der KEF und RZ VO 2015 angeregt hatte, die verpflichtende Führung von Logbüchern vorzusehen. Eine solche sowie eine Definition der Logbücher waren in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 nicht vorgesehen.

Weiters hatte der RH zum Entwurf der KEF und RZ VO 2015 festgestellt, dass Logbücher für die kontinuierliche Qualitätssteuerung in der Ärzteausbildung von zentraler Bedeutung waren.

Um eine begleitende Kontrolle zu ermöglichen und die Nachvollziehbarkeit der Vermittlung der jeweils erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Detail sicherzustellen, sollte ein Logbuch nach Ansicht des RH die Inhalte der Rasterzeugnisse genauer spezifizieren bzw. die Lerninhalte und -ziele konkret definieren. Aus Transparenzgründen sollte das Logbuch – je nach Fachrichtung gemeinsam mit der Dokumentation der durchgeführten Operationen, Untersuchungen etc. – auch dem Rasterzeugnis beigelegt werden müssen. Im Sinne dieses Anspruchs an ein Logbuch hatte der RH in der Verordnungsbegutachtung daher angeregt, eine entsprechende Definition der Logbücher vorzusehen, um – im Sinne einer qualitätsgesicherten Ärzteausbildung – österreichweit eine einheitliche Vorgangsweise zu gewährleisten.

Darüber hinaus hatte er im Rahmen der Begutachtung die Aufnahme von Musterlogbüchern (für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung), die von der ÖÄK und dem BMG gemeinsam entwickelt werden sollten, in die KEF und RZ VO 2015 für zweckmäßig erachtet.

Dem BMG gegenüber wies der RH weiters auf die Stellungnahme des Landes Niederösterreich hin, wonach – laut Ärztekammer – die Erarbeitung von Logbüchern durch die Fachgruppen in Planung sei, welche – sobald verfügbar – verwendet würden; das Land gehe auch davon aus, dass es eine Anleitung für den Umgang mit den Logbüchern geben werde. Hier bestand somit Handlungsbedarf des BMG.

Der Stadt Wien und der MedUni Wien gegenüber stellte der RH klar, dass er die Aufnahme von Richtzahlen in die Logbücher für wesentlich erachtete, um den Ausbildungserfolg kontinuierlich überprüfen zu können. Bezüglich der Bedenken der Stadt Wien im Zusammenhang mit der Freigabe von Logbüchern durch die Ärztliche Direktion verwies der RH auf die Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters und erachtete im Sinne einer qualitätsgesicherten Ärzteausbildung eine Freigabe der Logbücher durch den Ärztlichen Leiter als erforderlich, um eine einheitliche Vorgangsweise sicherzustellen. Dabei stellte der RH klar, dass sich seine Empfehlung auf die Freigabe der für die Basisausbildung und die einzelnen Facharztausbildungen jeweils erstellten „Logbücher-Vordrucke“ bezog, nicht aber auf die individuell vom Ausbildungsverantwortlichen bzw. Turnusarzt bereits ausgefüllten Logbücher.

Der TILAK und dem Land Niederösterreich gegenüber wiederholte der RH vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Krankenanstaltenträgers bzw. der Krankenanstalt das Erfordernis zentraler Rahmenvorgaben für den zweckmäßigen und konsequenten Umgang mit den Logbüchern, auch wenn (noch) keine weiterführenden Grundlagen vorlagen. Weiters wies er – zur Gewährleistung einer einheitlichen Vorgangsweise – erneut auf die Notwendigkeit der Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion hin.

Dem Land Niederösterreich gegenüber stellte der RH ferner klar, dass seine Empfehlung – vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Krankenanstaltenträgers bzw. der Krankenanstalt – darauf gerichtet war, dass Logbücher für alle ärztlichen Ausbildungsphasen (Basisausbildung, allgemeinmedizinische Ausbildung und Facharztausbildung) erstellt und verwendet werden, dies auch dann wenn (noch) keine Musterlogbücher vorliegen.

Ausbildungskonzept

- 26.1** (1) Das neue ÄrzteG sah erstmals vor, dass Ausbildungsstätten als Anerkennungserfordernis ein schriftliches Ausbildungskonzept vorlegen mussten (für die nach der neunmonatigen Basisausbildung erfolgende Ärzteausbildung). Der RH hatte im Begutachtungsverfahren angeregt,

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

den Begriff Ausbildungskonzept zu definieren; diesem Hinweis wurde im weiteren Gesetzgebungsprozess nicht entsprochen.

(2) Ein Ausbildungskonzept sollte abteilungsspezifisch u.a. schriftlich festlegen, auf welche Weise und in welcher Abteilungsstruktur die jeweiligen Ausbildungsinhalte zum Allgemeinmediziner bzw. in einem Sonderfach konkret vermittelt werden sollen und wer der jeweilige Ausbildungsverantwortliche ist.¹⁰⁴ Im Unterschied dazu sollte ein Ausbildungsplan (TZ 27, 28) schon zu Ausbildungsbeginn die zeitliche Abfolge – idealerweise – aller Ausbildungsabschnitte festlegen.

(3) Da sich auch in der Literatur keine klare Definition des Begriffs Ausbildungskonzept fand, waren auch die dem RH im Rahmen der Gebarungsüberprüfung als Ausbildungskonzept vorgelegten Dokumente sehr unterschiedlich; sie reichten von einer bloßen Auflistung der verpflichtenden theoretischen Ausbildungsmodule bis hin zu relativ umfassenden Regelungen.

Angesichts dessen identifizierte der RH aufgrund von Erhebungen, Beispielen konkreter Ausbildungskonzepte und dem Musterkonzept der ÖÄK¹⁰⁵ folgende Inhalte als zweckmäßig:

- Einführung in die Abteilungs-¹⁰⁶ und Personalstruktur
- angewandte Lehrmethoden¹⁰⁷
- zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte samt zeitlichem Rahmen
- abteilungsinterne Rotationen¹⁰⁸
- konkrete Fortbildungsplanung

(4) Der RH überprüfte an den vier Krankenanstalten, ob schriftliche Ausbildungskonzepte für die Turnusärzte vorlagen, diese die vom RH als zweckmäßig identifizierten Inhalte festlegten und ob diese verpflichtend waren:

¹⁰⁴ vergleiche Birmer, Ärzteausbildung, 2010, S. 46

¹⁰⁵ vom Juni 2013

¹⁰⁶ Tagesablauf/Dienstablauf

¹⁰⁷ wie bspw. Bed-Side Teaching, Morgenbesprechung, eigenverantwortliches Führen von Betten

¹⁰⁸ beispielsweise Tätigkeiten der TÄ/A und TÄ/F in den bettenführenden Stationen, in den Ambulanzen und im OP-Bereich

AKH Wien und LKH Innsbruck

Vor allem im AKH Wien gab es eine Vielzahl an Einzeldokumenten, die unterschiedlich strukturiert waren und unterschiedliche Geltungsbereiche vorsahen.

Die vom AKH Wien und vom LKH Innsbruck vorgelegten Dokumente der Inneren Medizin deckten – insgesamt betrachtet – folgende Teilbereiche eines Ausbildungskonzepts ab:

Tabelle 9: Teilbereiche eines schriftlichen Ausbildungskonzepts für TÄ/A und TÄ/F an der Inneren Medizin am AKH Wien und LKH Innsbruck

Ausbildungskonzept	AKH Wien TÄ/F ¹	LKH Innsbruck TÄ/A und TÄ/F
Einführung in die Abteilungs- und Personalstruktur	ja	ja
Lehrmethode bzw. Art der Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten	ja	nein
zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte samt zeitlichem Ausmaß	nein	nein
abteilungsinterne Rotation	nein	nein
konkrete Fortbildungsplanung	ja	ja

¹ Am AKH Wien wurden im Überprüfungszeitraum keine TÄ/A ausgebildet.

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; AZW

Wie die Tabelle zeigt, enthielt keines der Dokumente Angaben betreffend zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte und zur abteilungsinternen Rotation; Letztere fand nach Angaben der Klinikleiter in der Praxis statt. Am AKH Wien gab es weiters ein Dokument, das die Art der Vermittlung theoretischer Kenntnisse und praktischer Fertigkeiten allgemein formulierte.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Mit Ausnahme des Standorts Waidhofen, wo 2013 ein Leitfaden für TÄ/A erstellt wurde, lagen weder für TÄ/A noch für TÄ/F schriftliche Ausbildungskonzepte an den Abteilungen für Innere Medizin vor. Dieser Leitfaden deckte folgende Teilbereiche eines Ausbildungskonzepts im Sinne der RH-Definition ab:

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Tabelle 10: Teilbereiche eines schriftlichen Ausbildungskonzepts TÄ/A – Standort Waidhofen	
Ausbildungskonzept für TÄ/A	Vorliegen
Einführung in die Abteilungs- und Personalstruktur	ja
Lehrmethode bzw. Art der Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten	nein
zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte samt zeitlichem Ausmaß	ja
abteilungsinterne Rotation	teilweise ¹
konkrete Fortbildungsplanung	nein

¹ Die Zuteilungen zu den jeweiligen Stationen der Inneren Medizin in Monaten war geregelt, die Zuteilung zu den Ambulanzen hingegen nicht.

Quelle: Leitfaden für Turnusärzte Interne Abteilung

Darüber hinaus gab es in Einzelfällen unterschiedlich strukturierte – abteilungsspezifische – Dokumente, die ebenfalls organisatorische und inhaltliche Ausbildungselemente enthielten. Eine abteilungsinterne Rotation fand nach Angaben der Abteilungsleiter in der Praxis statt.

(4) Eine Anweisung des Krankenanstaltenträgers bzw. der Ärztlichen Direktion hinsichtlich der Ausgestaltung und der verpflichtenden Anwendung von schriftlichen Ausbildungskonzepten lag an keiner der überprüften Krankenanstalten vor; das LKH Innsbruck plante jedoch solche Vorgaben sowohl für TÄ/A als auch für TÄ/F im Rahmen der Ärzteausbildung NEU.

26.2 Der RH erachtete ein Ausbildungskonzept als zentrales Instrument für die Qualitätssicherung in der Ärzteausbildung, weil es der Orientierung dient und eine beidseitige Verpflichtung (des Ausbildungsverantwortlichen und des Turnusarztes) darstellt.

Er hielt daher kritisch fest, dass in fast allen überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten Dokumente im Sinne eines schriftlichen Ausbildungskonzeptes fehlten. Weiters sah er das Fehlen von entsprechenden Vorgaben in allen überprüften Krankenanstalten kritisch.

Die Bemühungen des AKH Wien, des LKH Innsbruck und des Standortes Waidhofen um solche Konzepte wertete der RH positiv. Aus seiner Sicht bestand jedoch Ergänzungsbedarf bzw. – vor allem am AKH Wien – Strukturierungsbedarf.

Aufgrund der zentralen Bedeutung von Ausbildungskonzepten für eine qualitätsgesicherte Ärzteausbildung sah der RH ferner kritisch, dass das Vorliegen eines solchen bislang gesetzlich nicht vorgeschrieben war;

er wertete daher grundsätzlich positiv, dass die Ärzteausbildung NEU ein Ausbildungskonzept verpflichtend vorsah.

Insbesondere im Hinblick auf die im Rahmen der Gebarungsüberprüfung deutlich hervorgekommenen unterschiedlichen Interpretationen hielt der RH allerdings kritisch fest, dass eine Definition des Ausbildungskonzepts im neuen ÄrzteG fehlte; er hielt daher seine Bedenken aufrecht.

Zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger empfahl der RH dem BMG gemeinsam mit der ÖÄK, Muster-Ausbildungskonzepte (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln.

Den überprüften Krankenanstalten (im konkreten Fall den Kliniken bzw. Abteilungen) empfahl der RH, auf Basis dieser Musterkonzepte die Ausbildungskonzepte für die verschiedenen Ausbildungsphasen zu erstellen bzw. den Anforderungen der Ärzteausbildung NEU anzupassen. Weiters empfahl er den Krankenanstalten bzw. deren Trägern, den Umgang mit den Ausbildungskonzepten in den Kliniken bzw. Abteilungen einheitlich zu regeln sowie die Umsetzung der Vorgaben und die Aktualität der Ausbildungskonzepte regelmäßig zu überprüfen.

26.3 *(1) Das BMG wies allgemein darauf hin, dass dieses Thema auch in der Kommission für die ärztliche Ausbildung besprochen worden sei.*

(2) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlung zu. In Folge der Novelle des ÄrzteG 1998 müssten die Anerkennung aller Ausbildungsstätten neu beantragt und im Rahmen dieser Beantragung auch ein schriftliches Ausbildungskonzept vorgelegt werden.

In der vorhandenen Arbeitsanweisung zur Genehmigung von Ausbildungsstätten sei festgelegt, dass die Anträge für Ausbildungsstätten auf Plausibilität geprüft würden. Im Rahmen dieser Plausibilitätsprüfung werde zukünftig auch das Vorliegen eines schriftlichen Ausbildungskonzepts geprüft. Die vom RH empfohlene Vorgabe zur klaren Strukturierung des Ausbildungskonzepts werde innerhalb des Gremiums zur Ärzteausbildung am AKH Wien definiert. In weiterer Folge würden die Umsetzung der Vorgaben, die Aktualität des Ausbildungskonzepts sowie die Umsetzung in die Praxis im Rahmen der genannten Audits und Evaluierungen zukünftig überprüft werden.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

(3) Laut Stellungnahme der TILAK sei im Rahmen der Anerkennung als Ausbildungsstätte der Nachweis über ein schriftliches Ausbildungskonzept zu führen. Im Zuge dessen würden die bestehenden Ausbildungskonzepte – sobald die Vorlage der ÖAK/des BMG verfügbar sei – überarbeitet. Ziel sei es, einheitlich gestaltete Ausbildungskonzepte für alle Sonderfachrichtungen und die Allgemeinmedizin zu erstellen. Hierzu werde eine Projektgruppe mit Vertretern der Ärztlichen Direktionen sowie ausgewählten Primärärzten eingerichtet. Ein einheitlicher Workflow und entsprechender personeller Support sollten die Umsetzung ermöglichen.

Die Ausbildungskonzepte würden im Laufe des Jahres 2015 überarbeitet. Das Projekt sei mit der Anerkennung aller Ausbildungsstätten an der TILAK abgeschlossen (1. März 2016).

(4) Das Land Niederösterreich teilte mit, dass die Einreichung eines Ausbildungskonzepts bei der Ärztekammer nunmehr Voraussetzung für die Zuerkennung der Ausbildungsstellen sei. Die Konzepte würden demnach von der Ausbildungskommission der Ärztekammer im Rahmen dieses Zertifizierungsverfahrens geprüft und im Rahmen der alle sieben Jahre stattfindenden Rezertifizierungen evaluiert. Der Umgang mit den Konzepten sei somit Regelungsgegenstand der ÄAO-Novelle.

Weiters führte das Land Niederösterreich aus, dass im Zuge der Beantragung der Ausbildungsstellen und der Anerkennung der Ausbildungsstätten für die Ärzteausbildung NEU laufend in allen Gremien die Abteilungsleitungen und Ärztlichen Direktoren über die Vorgabe der Erstellung von Ausbildungskonzepten informiert und mit der Vorbereitung derselben beauftragt würden. In Abstimmung zwischen Kliniken, Holdingzentrale und Ärzteausbildungskommission der Ärztekammer würden die Konzepte im Bewilligungsverfahren voraussichtlich bis Frühjahr 2016 geschärft und an das in Aussicht gestellte Muster angepasst.

- 26.4** Der RH hielt gegenüber dem BMG, den überprüften Krankenanstalten-trägern und den beiden Medizinischen Universitäten fest, dass – wie er auch im Rahmen seiner Stellungnahme zum Entwurf der ÄAO 2015 festgestellt hatte – eine rechtliche Definition des Ausbildungskonzepts wesentlich war. Eine solche fehlte auch in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015.

Gegenüber dem BMG wiederholte der RH nachdrücklich seine Empfehlung, gemeinsam mit der ÖAK Muster-Ausbildungskonzepte für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln; nur dadurch kann nach Ansicht des



Ausbildungspraxis am Beispiel der
Inneren Medizin



Ärzteausbildung

RH eine einheitliche Vorgangsweise bei der Genehmigung von Ausbildungsstätten durch die ÖÄK und in weiterer Folge eine qualitätsgesicherte Ärzteausbildung sichergestellt werden. Weiters wies der RH das BMG auf die Ausführungen der TILAK sowie des Landes Niederösterreich hin, wonach diese ihre Ausbildungskonzepte den Muster-Ausbildungskonzepten anpassen würden.

Gegenüber der TILAK sowie dem Land Niederösterreich wies der RH auf die dreistufige Verantwortungsstruktur (Krankenanstaltenträger, Ärztlicher Leiter, Ausbildungsverantwortlicher) hin; er betonte, dass nicht nur die Erstellung von Ausbildungskonzepten, sondern auch die Gewährleistung der konsequenten Umsetzung der Konzepte in der Verantwortung der Krankenanstalten bzw. deren Träger lag. Der RH wiederholte daher seine Empfehlung, den Umgang mit den Ausbildungskonzepten in den Kliniken bzw. Abteilungen einheitlich zu regeln sowie die Umsetzung der Vorgaben und die Aktualität der Ausbildungskonzepte regelmäßig zu überprüfen.

Rotation und
Ausbildungsplan

Rechtliche Rahmenbedingungen

27.1 (1) Im Rahmen der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Ärzteausbildung waren Rotationen bzw. deren Organisation von wichtiger Bedeutung, weil TÄ/A im Rahmen ihrer mindestens 36-monatigen Ausbildung viele verschiedene Fachbereiche durchlaufen mussten. Auch in der Facharztausbildung waren Rotationen von wesentlicher Bedeutung, um alle Fächer bzw. Ausbildungsinhalte abdecken zu können. In der Regel gab es abteilungsüberschreitende (innerhalb einer Krankenanstalt bzw. eines Standorts) und krankenanstaltenüberschreitende Rotationen.

- Die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin beinhaltete zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nach § 8 ÄAO zumindest folgende acht verschiedene Fächer: Innere Medizin (zwölf Monate¹⁰⁹); Allgemeinmedizin (sechs Monate); Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendheilkunde (jeweils: vier Monate); Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (HNO), Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Neurologie oder Psychiatrie (jeweils: zwei Monate).

¹⁰⁹ Darauf höchstens drei Monate Wahlfach anrechenbar. Folgende Wahlfächer waren möglich: Anästhesiologie und Intensivmedizin, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde und Optometrie, Lungenkrankheiten, Nuklearmedizin, Radiologie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation, Strahlentherapie-Radioonkologie, Urologie

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

- Für die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin war in der ÄAO – im Unterschied zu fast allen anderen Sonderfächern – grundsätzlich keine verpflichtende Rotation vorgesehen¹¹⁰, außer die jeweilige Abteilung erhielt nur eine Teilanerkennung für die Facharztausbildung. Darüber hinaus sahen Krankenanstalten zum Teil selbst Rotationsregeln vor.

(2) Die Novelle zum ÄrzteG 1998 sah vor, dass die Krankenanstaltenträger den TÄ/A und TÄ/F nach Beendigung der Basisausbildung einen Ausbildungsplan für die weitere praktische Ausbildung vorlegen mussten¹¹¹.

Auch in der Ärzteausbildung NEU werden Rotationen von großer Bedeutung sein. Zum einen werden die klinischen Basiskompetenzen in der Basisausbildung auch an mehr als nur einer Abteilung zu erwerben sein (abteilungsübergreifende Rotation). Auch bei der darauf aufbauenden allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Ausbildung wird es u.a. aufgrund der Neugestaltung der Ausbildungsinhalte möglicherweise vermehrt zu Teilanerkennungen kommen. Beides wird krankenanstaltsüberschreitende Rotationen häufiger notwendig machen. Hinzu kommt, dass das BMG in manchen Sonderfächern der Facharztausbildung auch Pflichtrotationen verordnen kann.¹¹²

Gegenüber der „alten“ Rechtslage brachte das neue ÄrzteG betreffend Rotationen noch weitere Herausforderungen für die Krankenanstalten bzw. deren Träger mit sich. Bisher war für TÄ/A keine Limitierung durch Ausbildungsstellen (sondern nur Mindestzahlen durch den „Bettenschlüssel“) vorgesehen; auch für die Nebenfachausbildung für TÄ/F waren keine eigens dafür genehmigten Ausbildungsstellen erforderlich.¹¹³ Im Rahmen der Ärzteausbildung NEU kann sowohl von TÄ/A als auch von TÄ/F nur mehr auf genehmigte Ausbildungsstellen rotiert werden, wodurch Engpässe entstehen können.

(3) Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wertete der RH die Einführung eines Ausbildungsplans grundsätzlich positiv; er erachtete aber eine Definition der konkreten Inhalte eines Ausbildungsplans als erforderlich. Unklar war bspw., ob der Ausbildungsplan etwa auch die verpflichtende Lehrpraxis und – gegebenenfalls – die Konsiliarausbildung (TZ 28, 38) umfassen muss.

¹¹⁰ Es bestand aber die Möglichkeit, für TÄ/F der Inneren Medizin ein freiwilliges Wahlfach im Ausmaß von bis zu zwölf Monaten zu absolvieren.

¹¹¹ vergleiche § 11 Abs. 2 Novelle zum ÄrzteG 1998

¹¹² Im neuen ÄrzteG waren diese Fächer noch nicht vorgesehen, eine diesbezügliche Regelung soll in der ÄAO erfolgen.

¹¹³ § 10 Abs. 1 ÄrzteG 1998

Darüber hinaus hielt es der RH auch für zweckmäßig, das Vorliegen eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung für eine Ausbildungsstätte vorzusehen. Beides wurde in der letztlich beschlossenen Novelle nicht berücksichtigt.

- 27.2** Im Interesse einer besseren Planbarkeit der Ausbildung wertete der RH die Einführung eines Ausbildungsplans grundsätzlich positiv. Der RH hielt jedoch fest, dass das neue ÄrzteG keine Definition des Ausbildungsplans enthielt, wodurch viele Fragen offen blieben; seine im Begutachtungsverfahren geäußerten Bedenken blieben daher aufrecht.

Der RH empfahl dem BMG, darauf hinzuwirken, dass der Ausbildungsplan in den rechtlichen Vorgaben (im ÄrzteG 1998 oder in der ÄAO) genauer definiert wird. Für zukünftige Anerkennungsverfahren sollte auch das Vorliegen eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung normiert werden, um einen reibungslosen Ablauf der Ausbildung sicherzustellen.

Weiters empfahl er dem BMG, bis dahin eine Klarstellung über Inhalt und Umfang des Ausbildungsplans vorzunehmen und den Trägern zur Verfügung zu stellen. Dabei sollte auch auf die Problematik der Limitierung der Ausbildungsstellen eingegangen werden.

- 27.3** *Das BMG teilte mit, dass das Erfordernis eines Ausbildungsplans im ÄrzteG 1998 verankert und in der ÄAO 2015 näher spezifiziert worden sei. So solle der Ausbildungsplan dazu dienen, zu Beginn der Ausbildung die geplante zeitliche Zuteilung zu den jeweiligen Ausbildungsstätten zeitlich und inhaltlich strukturiert darzustellen. Dieses Thema sei auch in der Kommission für die ärztliche Ausbildung besprochen worden.*

- 27.4** Der RH wies gegenüber dem BMG darauf hin, dass im Entwurf zur ÄAO 2015 weiterhin offen blieb, ob die in der allgemeinmedizinischen Ausbildung verpflichtend vorgesehene Lehrpraxis vom Ausbildungsplan umfasst werden musste. Der RH empfahl daher abermals eine entsprechende Klarstellung. Eine solche fehlte auch in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015.

Darüber hinaus wiederholte der RH gegenüber dem BMG seine Empfehlung, für künftige Anerkennungsverfahren auch das Vorliegen eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung zu normieren, um einen reibungslosen Ablauf der ärztlichen Ausbildung sicherzustellen.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Abteilungs- bzw. krankenanstaltenüberschreitende Rotation, Ausbildungsplan

- 28.1** Vor dem Hintergrund der geltenden und künftigen rechtlichen Rahmenbedingungen erhob der RH an den vier überprüften Krankenanstalten, wie die Rotation organisiert war. Weiters überprüfte er, ob Ausbildungspläne erstellt wurden, welche die Vorausschaubarkeit der künftigen Ausbildungsstationen ermöglichten und ob entsprechende Kooperationsvereinbarungen vorlagen:

AKH Wien

(1) Am AKH Wien lag an den Universitätskliniken für Innere Medizin ein klinikübergreifendes¹¹⁴ Rotationskonzept vor; dieses sah vor, dass jeder Arzt mindestens fünf Semester außerhalb der eigenen klinischen Abteilung absolvieren musste. Die Einteilung erfolgte durch Rotationsbeauftragte, die meist selbst TÄ/F waren.

(2) Schriftliche Ausbildungspläne, die für die gesamte Ausbildungsdauer festlegten, welche Rotationsblöcke wann zu absolvieren waren, wurden an den einzelnen Universitätskliniken bzw. deren Abteilungen nicht erstellt. Dem vorgelegten Entwurf (TZ 20) zufolge war künftig ein Ausbildungsplan einschließlich Rotationsplan zu erstellen; unklar blieb, wer für die Erstellung bzw. Kontrolle der Einhaltung konkret zuständig war.

LKH Innsbruck

(1) Die Rotation der TÄ/A wurde zentral über das AZW organisiert. Dieses wies die TÄ/A dem gesamten Department Innere Medizin zu. Die Zuweisung auf die einzelnen Universitätskliniken erfolgte dann durch das Department selbst.¹¹⁵

(2) Für die Rotation der TÄ/F für Innere Medizin hatten die Leiter der sechs Kliniken zuletzt 2013 einen Rotationsplan beschlossen. Mit der Rotationsplanung waren zwei geschäftsführende Oberärzte betraut. Die sechs Universitätskliniken waren nicht zur Gänze als Ausbildungsstät-

¹¹⁴ Aufgrund der Vielzahl von Abteilungen in der Inneren Medizin am AKH Wien kamen in den fünf Rotationsblöcken auch klinikinterne Rotation vor. Aus jedem der fünf Rotationsblöcke musste ein Fach gewählt werden.

¹¹⁵ Die weitere Zuteilung auf die einzelnen Kliniken des Departments erfolgte nach Personalbedarf und unter Berücksichtigung spezifischer Ausbildungswünsche der auszubildenden TÄ/A. Mit der Einteilung waren zwei geschäftsführende Oberärzte betraut.

ten anerkannt, sondern jede nur für jeweils zwei Jahre. Der Rotationsplan trug dieser Einschränkung Rechnung.

(3) Das AZW arbeitete bei Beschäftigungsbeginn gemeinsam mit den TÄ/A einen vorläufigen Rotationsplan aus, der in der Regel den Ausbildungsplan für das nächste halbe Jahr bis ein ganzes Jahr umfasste¹¹⁶. Schriftliche Ausbildungspläne für die Facharztausbildung wurden an den einzelnen Universitätskliniken nicht erstellt.

Für die Ausbildungsplanung sah die TILAK vor, ab 2015 ein eigenes IT-Planungstool einzusetzen.

(4) Die TILAK schloss 2012 erstmals eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit den Rechtsträgern der Tiroler Krankenanstalten, die nicht zur TILAK gehörten, ab¹¹⁷. Diese regelte, dass die TILAK ab 2013 bis zu 32 Stellen¹¹⁸ für Turnusärzte von anderen Tiroler Krankenanstalten zur Verfügung stellte. Die organisatorische Abwicklung erfolgte über das AZW als zentrale Koordinationsstelle.

LK St. Pölten/Lilienfeld

(1) Am LK St. Pölten/Lilienfeld wurde die Zuteilung der TÄ/A zu den einzelnen Abteilungen von den jeweiligen Turnusärzte-Vertretern monatlich durchgeführt.

Da der Standort Lilienfeld über keine Abteilungen in den sogenannten kleinen Fächern¹¹⁹ verfügte, erfolgte die Ausbildung in diesen Fächern durch einen Konsiliararzt¹²⁰. Die Tage, an denen die TÄ/A bei dem jeweiligen Konsiliararzt tätig waren, waren mit Datum, Unterschrift und Angabe des Ausbildungsinhalts vom Konsiliararzt zu bestätigen.

Zwischen den Standorten Lilienfeld und St. Pölten gab es eine mündliche Kooperationsvereinbarung zur Rotation der TÄ/A.¹²¹

¹¹⁶ Für den zwölfmonatigen Block der Inneren Medizin war grundsätzlich vorgesehen, drei mal drei Monate auf unterschiedlichen Kliniken zu verbringen.

¹¹⁷ Diese Vereinbarung galt für die Jahre 2013 und 2014. Der Abschluss der neuen Vereinbarung für den Zeitraum 2015 bis 2016 war bereits in Vorbereitung.

¹¹⁸ 14 Stellen für TÄ/A und 18 Stellen für TÄ/F

¹¹⁹ HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie, Psychiatrie

¹²⁰ vergleiche § 8 Abs. 6 ÄAO

¹²¹ Vom Standort Lilienfeld kam in der Regel pro Jahr ein TA/A für das Fach Kinder- und Jugendheilkunde nach St. Pölten, im Gegenzug ging vom Standort St. Pölten ein TA/A für das Fach Gynäkologie und Frauenheilkunde nach Lilienfeld.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

(2) Mit der Rotationseinteilung für TÄ/F der Inneren Medizin am Standort St. Pölten waren zwei Oberärzte betraut. Die Rotationen waren schon allein deshalb erforderlich, weil nur eine der drei Abteilungen für Innere Medizin über eine Vollausbildungsberechtigung verfügte.¹²²

Die Abteilung für Innere Medizin am Standort Lilienfeld besaß eine Vollererkennung, weshalb Rotationen für TÄ/F nicht verpflichtend notwendig waren. Der ärztliche Standortleiter empfahl aber jedem TA/F, sechs Monate in eine andere Krankenanstalt zu rotieren.

(3) Schriftliche Ausbildungspläne für TÄ/A und TÄ/F wurden an den einzelnen Abteilungen nicht erstellt.

LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) An den Standorten Gmünd und Waidhofen führten die Turnusärztervertreter die Rotationsplanung der TÄ/A durch. Am Standort Zwettl war ein Oberarzt mit der Rotationsplanung betraut.

Auch an diesen drei Standorten wurde in den kleinen Fächern, in denen es keine Abteilungen gab, die Ausbildung für TÄ/A über einen Konsiliararzt angeboten¹²³. Die Listen der Konsiliarärzte enthielten lediglich Datum und Unterschrift. Ein Feld für den Ausbildungsinhalt war nicht vorgesehen.

Die Standorte Gmünd und Waidhofen hatten für TÄ/A mündliche Kooperationsvereinbarungen¹²⁴ mit dem Standort Zwettl¹²⁵ getroffen.

(2) Während die TÄ/F an den Standorten Gmünd und Zwettl die gesamte Ausbildung im Fach Innere Medizin absolvieren konnten, mussten TÄ/F, die am Standort Waidhofen ihre Ausbildung im Fach Innere Medizin durchliefen, ein halbes Jahr in eine andere Krankenanstalt rotieren. Es wurde dazu mit dem LK Horn eine mündliche Kooperationsvereinbarung geschlossen.

¹²² Das schriftliche Rotationskonzept sah einen neunmonatigen Wechsel auf die jeweils anderen Abteilungen für Innere Medizin vor.

¹²³ Am Standort Gmünd gab es keine Fachabteilung für HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde und Neurologie. An den Standorten Waidhofen und Zwettl wurde die Ausbildung in folgenden Fächern über Konsiliarärzte abgedeckt: HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie und Psychiatrie.

¹²⁴ Am Standort Zwettl wurden in den entsprechenden Ausbildungsfächern Ausbildungsstellen für die Zu-Rotanten von den anderen beiden Standorten freigehalten.

¹²⁵ Gmünd im Ausbildungsfach Gynäkologie und Geburtshilfe, Waidhofen in Kinder- und Jugendheilkunde

(3) Am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl wurde für die TÄ/A und TÄ/F kein schriftlicher Ausbildungsplan erstellt.

28.2 (1) Der RH stellte kritisch fest, dass in den überprüften Krankenanstalten – mit Ausnahme des LKH Innsbruck (für TÄ/A) – keine schriftlichen Ausbildungspläne erstellt wurden. Das AKH Wien und das LKH Innsbruck planten jedoch bereits, solche künftig zu erstellen.

(2) Die Rotationseinteilung der TÄ/A wurde – mit Ausnahme des LKH Innsbruck und dem Standort Zwettl – von den Turnusärzten selbst durchgeführt. Die Delegation der Rotationseinteilung an die Betroffenen selbst sah der RH insbesondere vor dem Hintergrund kritisch, dass es sich dabei um eine Angelegenheit des ärztlichen Dienstes handelte, für die eigentlich der Ärztliche Leiter verantwortlich war. Darüber hinaus war aus Sicht des RH durch den häufigen Wechsel der Turnusärzte und damit der Rotationsverantwortlichen die erforderliche Kontinuität der Abläufe gefährdet. Betreffend Kooperationsvereinbarungen stellte der RH kritisch fest, dass diese soweit erforderlich, im Bereich der allgemeinärztlichen Ausbildung nur mündlich vorlagen.

Für unzureichend hielt der RH auch die Dokumentation der Konsiliarausbildung am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl, weil die vermittelten Ausbildungsinhalte nicht nachvollziehbar waren. (TZ 38)

(3) Nach den Feststellungen des RH gab es für die Rotation der TÄ/F im Fach Innere Medizin an allen überprüften Krankenanstalten schriftliche Rotationskonzepte, soweit dies für die Erfüllung der Ausbildungsinhalte erforderlich war. Am AKH Wien erfolgte die Einteilung allerdings durch Rotationsbeauftragte, die meist selbst TÄ/F waren; hiezu verwies der RH auf seine kritischen Anmerkungen unter (2).

Weiters hielt der RH kritisch fest, dass anstaltsübergreifende Rotationen für die Erfüllung von Ausbildungsinhalten bzw. aufgrund von eingeschränkten Anerkennungen – mit Ausnahme des Standorts Waidhofen (jedoch nur mündlich) – an den überprüften Krankenanstalten nicht etabliert waren.

Der RH empfahl daher Folgendes:

- Den überprüften Krankenanstaltenträgern empfahl der RH, die nunmehr gesetzlich vorgesehenen Ausbildungspläne zu erstellen bzw. dafür Zuständigkeiten und Kontrollmechanismen zu definieren.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

- Allen überprüften Krankenanstalten bzw. Trägern empfahl der RH in Abhängigkeit von der „neuen“ ÄAO und den sich daraus ergebenden Rotationserfordernissen ferner:
- die internen Rotationskonzepte gegebenenfalls zu überarbeiten bzw. zu ergänzen,
- erforderlichenfalls anstaltsübergreifende Rotationskonzepte¹²⁶ zu entwickeln und schriftliche Kooperationsverträge zu schließen.

Weiters regte der RH gegenüber dem AKH Wien, dem LK St. Pölten/Lilienfeld sowie den Standorten Gmünd und Waidhofen an, mit der Rotationsplanung Mitarbeiter zu betrauen, die längerfristig dieser Aufgabe nachkommen können (z.B. einen Oberarzt) und selbst nicht am Rotationssystem teilnehmen.

28.3 *(1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien teilten mit, dass die Erstellung eines Ausbildungsplans nunmehr verpflichtend festgelegt sei. Dieser müsse jedoch an einer Universitätsklinik aufgrund der nicht langfristigen Planbarkeit von Forschungs- und Auslandsaufenthalten dynamisch ausgestaltet sein. Die Erstellung der Ausbildungspläne sei bereits in Arbeit.*

Betreffend die Rotationseinteilung führten die Stadt Wien und die Med-Uni Wien aus, dass die Rotationsplanung derzeit unter Supervision eines damit beauftragten Facharztes erfolge. Innerhalb des Gremiums zur Ärzteausbildung NEU am AKH Wien werde es eine Vereinbarung geben, wer innerhalb der Klinik für die Rotationseinteilung der Turnusärzte zuständig und in weiterer Folge auch verantwortlich sein werde. Soweit für die Ausbildungsverpflichtung erforderlich, werde es auch anstaltsübergreifende Rotationen mit einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung geben.

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck erarbeite eine Projektgruppe eine Formvorlage für den Ausbildungsplan. Die Kontrolle, dass der Ausbildungsplan weitgehend eingehalten wird, solle ebenso über das Ausbildungs-IT-Tool erfolgen. Der Ausbildungsplan werde immer für den Zeitraum eines Ausbildungsabschnitts in Absprache mit dem Auszubildenden und dem Ausbildungsverantwortlichen erstellt. Änderungen müssten aufgrund von geänderten organisatorischen Gegebenheiten auf beiden Seiten jederzeit möglich sein.

¹²⁶ In den Kliniken der Thermenregion Niederösterreich wurde bspw. 2013 ein regionales Rotationskonzept eingeführt. Die TÄ/F rotierten für ein halbes Jahr verpflichtend an ein anderes Haus. Der Ausbildungsweg der TÄ/F wurde von Beginn an geplant; die Planung durch ein eigens dafür angeschafftes IT-System unterstützt.

Weiters teilten die TILAK und die MedUni Innsbruck mit, dass das vorgeschlagene Rotationskonzept in erster Linie die Rotationen in der TILAK selbst umfassen werde. Eine Abstimmung mit allen öffentlichen Krankenanstalten in Tirol wäre sicherlich sinnvoll, hier werde die Abstimmung mit dem Tiroler Gesundheitsfonds gesucht. Neben den organisatorischen Fragen müssten vor allem die finanziellen Rahmenbedingungen festgelegt werden, unter denen die Rotationen in beiden Richtungen erfolgen könnten.

(3) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich sei geplant, mit Inkrafttreten der neuen ÄAO ab Sommer 2015 regionale und überregionale Rotationen abgestimmt auf die zu absolvierenden Rasterzeugniseinhalte und die genehmigten Ausbildungsmodule zu entwickeln. Sollten externe Träger als Partner zur vollständigen Absolvierung der Ausbildungsinhalte einbezogen werden, sei geplant, mit diesen entsprechende schriftliche Vereinbarungen abzuschließen. Mit der Entwicklung der Konzepte werde so rasch wie möglich unter Einbeziehung der relevanten Systempartner begonnen. Da es sich dabei um einen sehr komplexen Prozess handelt, sei eine Umsetzung kurzfristig nicht möglich.

Geplant sei weiters die Einsetzung von ausbildungsverantwortlichen Fachärzten /Mentoren, welche gemeinsam mit den Jungmedizinerinnen die Ausbildungspläne individuell erstellen. Die dann getroffenen Vereinbarungen würden schriftlich zur transparenten Nachvollziehbarkeit dokumentiert.

Zur Unterstützung des Planungsprozesses sei die Implementierung eines IT-gestützten Tools mit einer Übersicht über sämtliche Ausbildungsstellen, deren Besetzung und voraussichtliche Verfügbarkeit in Diskussion sowie die Einrichtung einer Servicestelle für Jungmedizinerinnen, die über die erforderlichen Informationen und Ausbildungsmöglichkeiten aller Klinikstandorte verfügen soll, geplant. Da die Umsetzung jedoch sowohl in den ausbildenden Klinikabteilungen/Klinikstandorten als auch in der Zentrale mit nicht unerheblichen personellen Ressourcen verbunden wäre, sei deren Verfügbarkeit derzeit nicht gegeben und daher noch kein Planungshorizont dafür definierbar.

- 28.4** Der RH anerkannte die von den überprüften Krankenanstaltenträgern und den Medizinischen Universitäten geplanten Maßnahmen. Er wies jedoch alle überprüften Krankenanstaltenträger und die Medizinischen Universitäten darauf hin, dass der Ausbildungsplan entsprechend den rechtlichen Vorgaben (ÄrzteG 1998 und ÄAO 2015), am Beginn der allgemeinmedizinischen bzw. fachärztlichen Ausbildung vorzulegen ist und nicht nur einzelne Ausbildungsabschnitte sondern die gesamte ärztliche Ausbildung zu umfassen hat. Abweichungen vom erstellten

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausbildungsplan waren laut ÄAO 2015 nur bei sachlicher Begründung zulässig.

Ausbildungsdauer

- 29.1** (1) Weder die Krankenanstalten noch die Rechtsträger bzw. die Dienstgeber der Turnusärzte verfügten über Daten betreffend die gesamte Ausbildungsdauer der einzelnen Turnusärzte.

Um Informationen zu den tatsächlichen Ausbildungsdauern zu erhalten, forderte der RH von der ÖAK und der Tiroler Ärztekammer für ausgewählte TÄ/A und TÄ/F der Inneren Medizin die sogenannten Ausbildungsraaster an; dabei handelte es sich um je Turnusarzt geführte Übersichtsblätter, auf denen vermerkt war, in welcher Krankenanstalt der Turnusarzt wie lange welches Ausbildungsfach absolvierte.¹²⁷

Zusätzlich forderte der RH die Ausbildungsraaster für jene TÄ/F an, die ihre Ausbildung in den Fächern Chirurgie¹²⁸ sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe¹²⁹ zwischen 2011 bis 2013 abgeschlossen hatten. Dies deshalb, weil für das Fach Innere Medizin grundsätzlich laut ÄAO keine verpflichtende Rotation vorgesehen war.¹³⁰

¹²⁷ Diese Übersichten wurden von den Landesärztekammern befüllt, wenn der Turnusarzt am Ende seiner Ausbildung die Rasterzeugnisse bei der ÖAK einreichte.

¹²⁸ Die Ausbildung im Hauptfach betrug vier Jahre. Es waren folgende Pflichtnebenfächer zu absolvieren: Innere Medizin (sechs Monate), Unfallchirurgie (sechs Monate) und Anästhesiologie (drei Monate). Die Ausbildung beinhaltete auch wahlweise ein oder zwei Sonderfächer zu insgesamt neun Monaten.

¹²⁹ Die Ausbildung im Hauptfach betrug vier Jahre. Als Pflichtnebenfächer war ein Jahr Chirurgie, sechs Monate Innere Medizin und drei Monate Kinder- und Jugendheilkunde zu absolvieren. Freie Wahlnebenfächer konnten im Ausmaß von drei Monaten absolviert werden.

¹³⁰ Der RH wertete aber nur jene Raster aus, bei denen die TÄ/A bzw. TÄ/F zumindest 50 % der Ausbildung an der jeweiligen Krankenanstalt absolvierten.

Tabelle 11: Durchschnittliche Ausbildungsdauer in Monaten								
Krankenanstalt	Allgemeinmedizin		Innere Medizin		Chirurgie		Gynäkologie und Geburtshilfe	
	TÄ/A	durchschnittl. Dauer	TÄ/F	durchschnittl. Dauer	TÄ/F	durchschnittl. Dauer	TÄ/F	durchschnittl. Dauer
	Anzahl	in Monaten	Anzahl	in Monaten	Anzahl	in Monaten	Anzahl	in Monaten
AKH Wien	– ¹	– ¹	64	77	9	83	10	74
LKH Innsbruck	21	37	11	76	11	76	11	82
Standort St. Pölten	18	41 ²	3	72	2	72	2	73
Standort Lilienfeld	7	36	1	72	0	– ³	0	– ⁴
Standort Gmünd	7	36	2	72	0	– ³	0	– ⁵
Standort Waidhofen	4	38	1	73	0	– ³	1	72
Standort Zwettl	6	36	1	72	3	72	0	– ⁴

¹ Am AKH Wien wurden im Überprüfungszeitraum keine TÄ/A ausgebildet.

² Ein TÄ/A lag mit 73 Monaten weit über der Mindestdauer. Die Überzeit lag überwiegend im Fach Chirurgie begründet. Ohne diesen Einzelfall ergibt sich eine durchschnittliche Ausbildungsdauer von 39 Monaten.

³ Laut Daten der ÖÄK schloss im Zeitraum 2011 bis 2013 kein TÄ/F im Fach Chirurgie die Ausbildung ab bzw. suchte um Ausstellung des Facharztdiploms an.

⁴ Im Überprüfungszeitraum schloss kein TÄ/F der Gynäkologie und Geburtshilfe die Ausbildung ab, der über 50 % der Ausbildung dort absolvierte.

⁵ In der überprüften Krankenanstalt gab es keine entsprechende Fachabteilung.

Quellen: Ausbildungsraster der ÖÄK und der Landesärztekammern

- (1) Im Bereich der Allgemeinmedizin bzw. im Sonderfach Innere Medizin kam es in den überprüften Krankenanstalten im Durchschnitt überwiegend zu keinen wesentlichen Überschreitungen der Mindestausbildungszeit von 36 bzw. 72 Monaten.
- (2) Laut Ausbildungsraster lag die durchschnittliche Ausbildungszeit im Sonderfach Chirurgie am AKH Wien mit 83 Monaten deutlich über der Mindestzeit von 72 Monaten; im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Mindestzeit ebenfalls 72 Monate) war die Ausbildungszeit am LKH Innsbruck mit durchschnittlich 82 Monaten am längsten.
- Diesbezüglich war jedoch anzumerken, dass es für die Überschreitung der Ausbildungszeit eine Vielzahl von Gründen geben konnte, die sowohl in der Verantwortung der Krankenanstalt liegen als auch durch persönliche Gründe seitens der Turnusärzte bedingt sein konnten. In den Ausbildungsrastern waren diese Gründe nicht angeführt.
- (3) Die Ärzteausbildung NEU sah in diesem Zusammenhang vor, dass Beginn, Wechsel und Änderung des Ausbildungsausmaßes sowie der Abschluss der Basisausbildung bzw. der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt an einer Ausbildungsstelle inner-

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

halb eines Monats vom Träger der Ausbildungsstätte der ÖÄK mittels einer von ihr zur Verfügung gestellten Applikation bekannt zu geben waren.¹³¹

Die Meldungen sollen somit standardisiert und elektronisch erfolgen sowie dem Turnusarzt mehr Transparenz bieten. Laut Protokollen der Kommission für die ärztliche Ausbildung¹³² war geplant, das voraussichtliche Enddatum der Ausbildung zu melden und Abweichungen zu begründen¹³³.

Bislang hatte gemäß § 9 Abs. 8 und § 10 Abs. 9 ÄrzteG 1998 der Leiter der Ausbildungsstätte bzw. der Ausbildungsverantwortliche zweimal jährlich die Zahl der Turnusärzte schriftlich zu melden. Diese Meldungen erfolgten aber uneinheitlich und boten den Turnusärzten wenig Transparenz.

- 29.2** Der RH stellte kritisch fest, dass die Datenlage zu den Ausbildungsdauern bzw. deren Überschreitungen unzureichend war; so enthielten etwa die Ausbildungsraster keine Begründungen für eine etwaige Verlängerung der Mindestausbildungsdauer.

Vor diesem Hintergrund wertete der RH positiv, dass durch die mit der Ärzteausbildung NEU eingeführten standardisierten Ausbildungsstellenverwaltungen sowohl den Turnusärzten als auch den Krankenanstalten bzw. Rechtsträgern mehr Transparenz über die Ausbildungszeiten geboten und die Datenlage insgesamt verbessert werden soll¹³⁴.

Weiters stellte der RH fest, dass die gesetzlich vorgesehene Ausbildungsdauer bei den beispielhaft ausgewählten TÄ/A bzw. TÄ/F der Inneren Medizin in den überprüften Krankenanstalten im Durchschnitt nicht wesentlich überschritten wurde. Im Sonderfach Chirurgie lag hingegen die durchschnittliche Ausbildungszeit am AKH Wien sowie im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe am LKH Innsbruck – laut Ausbildungsraster der Ärztekammern – deutlich über der Mindestausbildungszeit.

¹³¹ vergleiche § 11 Abs. 7 Novelle zum ÄrzteG 1998

¹³² gemäß Art. 44 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

¹³³ Gründe für eine Abweichung können bspw. lauten: Karenz, wissenschaftliche Tätigkeit, Teilzeitkraft

¹³⁴ Laut Sitzungsprotokoll der Kommission für die ärztliche Ausbildung war geplant, in der neuen Applikation das voraussichtliche Ausbildungsende zu erfassen und Gründe für eine Änderung (bspw. Karenz, wissenschaftliche Tätigkeit, Teilzeitkraft) zu melden.

Angesichts der gesundheitspolitischen Bedeutung der Neugestaltung der Ärzteausbildung empfahl der RH dem BMG, gemeinsam mit der ÖÄK eine regelmäßige Berichterstattung festzulegen, um u.a. Informationen über die Entwicklung der Ausbildungsdauern zu erhalten, gegebenenfalls zeitgerecht Maßnahmen setzen und die in der Stellungnahme des RH zum Begutachtungsentwurf vorgeschlagene Evaluierung (TZ 3) durchführen zu können.

29.3 *(1) Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass der Gedanke einer Berichterstattung im ÄrzteG 1998 sinngemäß umgesetzt worden sei. So habe die Bundesministerin für Gesundheit das Recht, jederzeit datenschutzkonforme Informationen in strukturierter und aufbereiteter Form über den Stand der Ausbildung zu erhalten.*

(2) Die Stadt Wien teilte mit, dass es für die Überschreitung der vorgesehenen Ausbildungsdauer im Sonderfach Chirurgie am AKH Wien mehrere Gründe geben könne, die vor allem an einer Universitätsklinik großen Einfluss auf die durchschnittliche Ausbildungsdauer haben könnten. Diese würden neben persönlichen Gründen auch Forschungssemester, Auslandsaufenthalte, PhD-Studien¹³⁵ etc. beinhalten.

29.4 Der RH stellte dem BMG gegenüber klar, dass seine Empfehlung auf eine institutionalisierte und nicht nur anlassbezogene Berichterstattung der ÖÄK an das BMG gerichtet war. Dies deshalb, um u.a. die Auswirkungen der neuen Ärzteausbildung zeitnah zu erkennen und gegebenenfalls steuernd eingreifen zu können. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung nach einer regelmäßigen Berichterstattung der ÖÄK an das BMG.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Allgemeines

30 Einen wichtigen Faktor der Ausbildungspraxis stellt auch die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften dar. Insbesondere eine hohe Belastung der Turnusärzte mit Routinetätigkeiten, die auf ärztliche Anordnung auch von diplomierten Pflegekräften vorzunehmen wären, kann die Teilnahme an Besprechungen und Visiten oder ähnliche ausbildungsrelevante Tätigkeiten verhindern.

Vor diesem Hintergrund hatte sich der Gesetzgeber bei der Novellierung des ÄrzteG 1998 dazu entschieden, die Anerkennung als Ausbildungsstätte auch davon abhängig zu machen, dass – sofern an der

¹³⁵ Doctor of Philosophy

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

entsprechenden Ausbildungsstätte pflegerische Leistungen erbracht werden¹³⁶ – der Pflegedienst die Durchführung der Tätigkeiten, die in § 15 Abs. 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997) ausdrücklich bezeichnet sind, gewährleistet.

Diese Tätigkeiten können vom Pflegepersonal nicht eigenverantwortlich (vgl. § 14 GuKG), sondern nur auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden. Da den Arzt in diesem Fall die Anordnungs- und die Pflegekraft die Durchführungsverantwortung trifft, spricht man vom sogenannten „mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich“; darunter ist die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung zu verstehen. In § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführt sind:

- die Verabreichung von Arzneimitteln,
- die Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,
- die Vorbereitung und der Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang ausgenommen Transfusionen,
- die Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
- das Setzen von transurethralen (durch die Harnröhre) Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation¹³⁷ und Spülung,
- die Durchführung von Darmeinläufen und
- das Legen von Magensonden.

Dabei handelt es sich um eine beispielhafte Aufzählung, weshalb auch weitere Tätigkeiten vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich umfasst sein können. Das BMG hat dies in mehreren Einzelfällen per Stellungnahme bestätigt, z.B. für das Legen von peripheren venösen Verweilkanülen (z.B. Venflons), die Punktion einer Port-a-Cath-Kammer zum Anschluss einer Infusion oder die Vorbereitung und Durchführung eines Elektrokardiogramms (EKG).¹³⁸

¹³⁶ Dies ist bspw. in den Sonderfächern Radiologie oder Labordiagnostik nicht der Fall.

¹³⁷ Verabreichung von flüssigen Arzneimitteln

¹³⁸ Als Kriterien hierfür galten laut BMG ein vergleichbarer Schwierigkeitsgrad und der Erwerb der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten im Rahmen der Grundausbildung oder durch Fortbildungen. Darüber hinaus darf es sich bei den Tätigkeiten nicht um den Kernbereich des Berufsbildes eines anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufs handeln. Weiss-Faßbinder/Lust, GuKG6, 2010, S. 105.



Zusammenarbeit zwischen den
Berufsgruppen

BMG

Ärzteausbildung

Üblicherweise war daher der Umfang des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs für die jeweilige Krankenanstalt bzw. für einzelne Abteilungen zusätzlich in Vereinbarungen spezifiziert, in denen die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften geregelt war.

Auch die überprüften Krankenanstalten verfügten über solche Vereinbarungen, die allesamt zumindest die sieben in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten enthielten (siehe Anhänge 1 bis 6).

Vereinbarungen
gemäß § 15 GuKG

AKH Wien

- 31.1** Zur Erhöhung der Betreuungsqualität, der Effektivität in der Zusammenarbeit und der Rechtssicherheit der betroffenen Berufsgruppen einigten sich das AKH Wien, die MedUni Wien, der Betriebsrat für das wissenschaftliche Personal und die Personalvertretung im April 2013 in einem gemeinsamen Dokument auf die komplette fachspezifische Übernahme der diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten des mitverantwortlichen Bereichs durch das diplomierte Pflegepersonal an allen Kliniken und klinischen Abteilungen.

In der Folge wurde eine entsprechende Muster- bzw. Rahmenvereinbarung zur Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse beschlossen und im Juni 2013 vorgelegt. Laut dieser waren zusätzlich zu den sieben in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten noch vier¹³⁹ weitere Tätigkeiten¹⁴⁰ durch diplomiertes Pflegepersonal auf ärztliche Anordnung umzusetzen.

¹³⁹ Manche in der Aufzählung des § 15 GuKG genannte Tätigkeiten (z.B. die Blutabnahme) waren in der Rahmenvereinbarung des AKH in mehrere Punkte aufgeteilt (kapillare bzw. venöse Blutabnahme), weshalb diese insgesamt 13 Tätigkeiten umfasste, obwohl darin im Vergleich zu § 15 GuKG nur vier zusätzliche enthalten waren.

¹⁴⁰ das Setzen von peripheren Venenverweilkanülen, das Absaugen oberer Atemwege und das Anstechen eines Port-a-Cath sowie die Vitalzeichenkontrolle

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Zwei davon, nämlich das Absaugen der oberen Atemwege (Nase-, Mund- und Rachenraum)¹⁴¹ und die regelmäßige Messung und Dokumentation der Vitalzeichen¹⁴², waren allerdings keine mitverantwortlichen Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG, sondern pflegerische Maßnahmen, die von Angehörigen des diplomierten Pflegedienstes im Rahmen des § 14 GuKG eigenverantwortlich durchgeführt werden können.

31.2 Der RH hielt es grundsätzlich für positiv, dass für das AKH Wien eine Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich abgeschlossen war. Da mit der Absaugung der oberen Atemwege und der Vitalzeichenkontrolle allerdings zwei dieser Tätigkeiten dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuzuordnen waren, empfahl der RH dem AKH Wien, die Rahmenvereinbarung auf die Maßnahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs gemäß § 15 GuKG zu beschränken.

31.3 *Laut Mitteilung der Stadt Wien sei die Unterscheidung zwischen eigenverantwortlichem und mitverantwortlichem Tätigkeitsbereich bei der Absaugung der oberen Atemwege (Nase-, Mund- und Rachenraum) und regelmäßigen Messung und Dokumentation der Vitalzeichen nicht zur Gänze möglich.*

Aus diesem Grund habe die Pflegedirektion ausgeführt, dass sie diese Tätigkeit nicht ausschließlich als eigenverantwortliche Tätigkeit definieren, sondern im Einzelfall patientenbezogen zur Wahrung der Patientensicherheit handeln wolle. Die oben genannten Tätigkeiten würden am AKH Wien fast ausschließlich als Folgemaßnahmen von akuten Interventionen aufgrund akuter Einschränkungen der Lungenfunktion und oberen Atemwege, Wassereinlagerungen im Lungengewebe bzw. Kreislauf-Instabilität vorgenommen und stünden damit in Abhängigkeit zu weiteren Maßnahmen, die gesetzt werden müssten. Es werde somit eine grundsätzliche Festlegung gemäß der geltenden Praxis am AKH Wien und der Empfehlung des RH definiert werden. Die Empfehlung des RH werde umgesetzt.

31.4 Sofern die Absaugung der Atemwege sowie die Messung und Dokumentation der Vitalzeichen in Abhängigkeit weiterer Maßnahmen standen, die nicht dem eigenverantwortlichen Bereich zuzuordnen waren,

¹⁴¹ Nur für das Absaugen aus dem Brustraum bzw. unter Umständen für den Wechsel einer Trachealkanüle wäre eine ärztliche Anordnung gemäß § 15 GuKG erforderlich. Weiss-Faßbinder/Lust, GuKG6, 2010, S. 93 und S. 107f.

¹⁴² OGH 21. Juni 2004, 10 Ob S 68/04d, laut dem es sich bei der Vitalzeichenkontrolle um eine typische Leistung handelt, die der „allgemeinen“ Krankenpflege zuzuordnen sind. Siehe auch Obermoser, Notfall auf Station, 2009, S. 15: Fachbereichsarbeit zum Download auf der Homepage des österr. Gesundheits- und Krankenpflege Verbands http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/FBA_Obermoser.pdf

war die Argumentation der Pflegedirektion des AKH Wien für den RH nachvollziehbar. Eine entsprechende Differenzierung und die von der Stadt Wien angekündigte grundsätzliche Festlegung in der Rahmenvereinbarung waren im Sinne der vom RH ausgesprochenen Empfehlung.

- 32.1** Für alle drei Universitätskliniken für Innere Medizin lag jeweils eine auf der Rahmenvereinbarung aufbauende Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse gemäß § 15 GuKG vor. Zur Frage nach dem Stand der Umsetzung dieser klinikspezifischen Vereinbarungen hatte das AKH Wien 2014 eine Statuserhebung durchgeführt, wonach der Erfüllungsgrad stark variierte.

Universitätsklinik für Innere Medizin I

(1) Die Klinische Abteilung für Innere Medizin (KIM) I spezialisierte bzw. ergänzte die Rahmenvereinbarung (Anhang 1) in einigen Punkten¹⁴³ und ordnete in ihrer klinikspezifischen Vereinbarung auch fünf¹⁴⁴ weitere Tätigkeiten dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu.

(2) Laut Statuserhebung vom November 2014 entsprach die Praxis im Wesentlichen¹⁴⁵ der von der KIM I geplanten Aufteilung der Tätigkeiten.

¹⁴³ Punkt 5) Gefäßzugang peripher und zentral: Vorbereitung und Verabreichen von Infusionslösungen mit Medikamentenzusatz (inklusive antimikrobieller Wirkstoffe, Immunglobuline, auch Erstgaben) bei liegendem Gefäßzugang peripher und zentral, ausgenommen Blutprodukte;

Punkt 6) inkl. Impfungen;

Punkt 8) bei Mann und Frau, sowie Installation und Spülung von Dauerkathetern bei Mann und Frau;

Punkt 9) inklusive Bronchialtoilette bei Tracheostoma;

Punkt 11) und Spülen, Entfernen von Port-a-Cath-Nadeln sowie gegebenenfalls Plombieren von Port-a-Caths;

Punkt 13) auch rektal und inhalativ

¹⁴⁴ Dazu gehörten die Vorbereitung und Durchführung von EKG-Untersuchungen, das Monitoring auf Überwachungsstationen, das Setzen von subkutanen Zugängen und die Verabreichung von Subkutaninfusionen sowie die Stoma Versorgung und die Zubereitung von Infusionen („Spiegeln“ – auch von Blutprodukten). Für weitere Punkte wurde die Einholung einer Rechtsmeinung über die Möglichkeit der Durchführung durch diplomierte Pflegekräfte vereinbart.

¹⁴⁵ Bis auf den Bereich der Tageskliniken war die Vereinbarung vom Dezember 2013 an der KIM I zu 100 % umgesetzt.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Universitätskliniken für Innere Medizin II und III

(1) Die KIM II entschied sich für eine phasenweise¹⁴⁶ Übernahme der mitverantwortlichen Tätigkeiten durch das diplomierte Pflegepersonal bis zum zweiten Halbjahr 2014. Die KIM III vereinbarte eine phasenweise Umsetzung bis September 2015¹⁴⁷.

- In der Vereinbarung der KIM II waren – zusätzlich zu den Inhalten der Rahmenvereinbarung – noch drei weitere Tätigkeiten¹⁴⁸ dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zugeordnet. Anders als in der Rahmenvereinbarung sollte laut der klinikspezifischen Vereinbarung der KIM II die Injektion von intramuskulären Medikationen ausschließlich den Ärzten vorbehalten bleiben.
- An der KIM III gab es Adaptierungen im Vergleich zur Rahmenvereinbarung insofern, als sowohl die intramuskuläre Medikation als auch das Legen der Magensonde und das Anstechen eines Port-a-Cath ausschließlich von Ärzten durchgeführt werden sollten und auch für die zusätzlich aufgenommenen EKG-Untersuchungen eine ausschließliche Durchführung durch Ärzte vereinbart war.

(2) Wie die Statuserhebung vom November 2014 zeigte, wurden die mitverantwortlichen Tätigkeiten an der KIM II¹⁴⁹ und der KIM III¹⁵⁰ noch nicht im geplanten Ausmaß vom diplomierten Pflegepersonal durchgeführt; die Vereinbarungen waren daher noch nicht vollständig umgesetzt.

32.2 Der RH hielt positiv fest, dass alle drei Universitätskliniken für Innere Medizin klinikspezifische Vereinbarungen über den mitverantwortlichen Bereich abgeschlossen hatten. Diese bauten auf der Rahmenvereinbarung des AKH Wien auf, enthielten aber – den Kriterien des § 15 GuKG entsprechend – auch zusätzliche Tätigkeiten aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich.

¹⁴⁶ Phase 1: 2. Halbjahr 2013; Phase 2: 1. Halbjahr 2014; Phase 3: 2. Halbjahr 2014

¹⁴⁷ Phase 1: 1. Oktober 2013 bis 28. Februar 2014; Phase 2: 1. März 2014 bis 30. September 2014; Phase 3: 1. Oktober 2014 bis 30. September 2015

¹⁴⁸ Einstellung des Blutzuckers nach Zielwerten, Durchführung von EKG-Untersuchungen und arterielle Blutgasanalyse

¹⁴⁹ Zwar übernahm das Pflegepersonal bspw. schon die Verabreichung von Infusionslösungen und Injektionen von intravenösen Medikationen, bei anderen Tätigkeiten entsprach die Praxis allerdings nicht an allen Organisationseinheiten der Vereinbarung.

¹⁵⁰ Zwar übernahm das Pflegepersonal mittlerweile die Verabreichung von Infusionslösungen und Injektionen von intravenösen Medikationen; hinsichtlich der Punktion von Venen zur Blutabnahme und zum Setzen von peripheren Verweilkanülen entsprach der Status jedoch noch nicht der Vereinbarung.



Zusammenarbeit zwischen den
Berufsgruppen



Ärzteausbildung

Der RH hob auch positiv hervor, dass die Umsetzung der vereinbarten Aufteilung der mitverantwortlichen Tätigkeiten an den Universitätskliniken für Innere Medizin laut Statusbericht vom November 2014 insgesamt grundsätzlich weit vorangeschritten war. Da an den KIM II und III die Praxis noch nicht vollständig dem Vereinbarten entsprachen, empfahl der RH dem AKH Wien, die Umsetzung an diesen beiden Kliniken noch stärker voranzutreiben.

Er wies jedoch kritisch darauf hin, dass in den Vereinbarungen der KIM II und der KIM III für einzelne Tätigkeiten nach wie vor keine mitverantwortliche, sondern eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen war. Da dies dem vom AKH Wien mit der Rahmenvereinbarung verfolgten Ziel, die mitverantwortliche Vornahme aller enthaltenen Tätigkeiten schrittweise umzusetzen, widersprach, empfahl er dem AKH Wien, an den KIM II und KIM III auf eine mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten hinzuwirken.

32.3 *Laut Stellungnahme der Stadt Wien seien im Rahmen des Projekts Universitätsmedizin Wien 2020 die Tätigkeitsprofile des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs in den genannten Kliniken abgestimmt worden. Um den personellen Mehrbedarf der Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs vorrangig durch Umschichtungen im derzeitigen Dienstpostenplan zu bedecken, werde zeitgleich eine Restrukturierung des stationären Bereichs in den genannten Kliniken durchgeführt. Die Übernahme von Tätigkeiten des ärztlichen Dienstes durch die Pflege mache auch eine Reorganisation der Abläufe im Stationsbetrieb erforderlich. Dazu seien die Projekte Reorganisation des Servicebereichs in den Stationen sowie das Projekt Skill und Grade Mix gestartet worden. Die Umsetzung der Empfehlungen des RH sei bereits im Gange.*

Die MedUni Wien teilte mit, dass die Umsetzung der berufsgruppenübergreifenden Aufgabenverteilung einschließlich der Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs gemäß § 15 GuKG und die Entlastung des ärztlichen Personals und des Pflegepersonals von administrativen Tätigkeiten im Sinne eines effizienten und ressourcenschonenden Personaleinsatzes ganz essenziell sei. Die Umsetzung der Novelle zum Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz mit Reduktion der Arbeitszeiten der Klinikärzte und der neuen Ärzteausbildung erforderten zwingend die Implementierung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs. Die geplante Umsetzung (Juni 2013) sei von Seiten der TU-AKH Wien nicht erfüllt worden. Die MedUni Wien unterstütze die Bemühungen um eine effektivere Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs auf Basis der Rahmenvereinbarung. Sie habe in ihrer Leistungsvereinbarung die „Optimierung der Zusammenarbeit mit der Pflege – mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich“ als gemeinsam mit dem AKH Wien

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

umzusetzenden Plan verankert. Des Weiteren sei dieses Thema vorrangig auch im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ festgehalten.

- 32.4** Der RH anerkannte die Herausforderungen, die mit der vollständigen Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs verbunden waren – wie insbesondere die Reorganisation der Abläufe im Stationsbetrieb – sowie die Bereitschaft der Stadt Wien und der Med-Uni Wien, diese im Sinne der Empfehlungen des RH zu realisieren.

LKH Innsbruck

- 33.1** Für das LKH Innsbruck galten bezüglich des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs zwei von der TILAK und dem Betriebsrat des LKH Innsbruck abgeschlossene Betriebsvereinbarungen. Ausgehend von der ersten Betriebsvereinbarung aus dem Jahr 1997 wurde im April 2013 noch eine weitere, spezifische Vereinbarung beschlossen, die eine übersichtliche Darstellung der angestrebten Aufgabenverteilung¹⁵¹ in Form einer Funktionsmatrix beinhaltete. Diese Matrix stellte die Grundlage für die ebenfalls 2013 vom Qualitätsmanagement des LKH Innsbruck, der Ärztlichen Direktion und der Pflegedirektion erarbeitete Rahmenvereinbarung betreffend die Aufgaben des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs dar; sie diente als Muster für entsprechende klinikspezifische Vereinbarungen und hatte eine Erhöhung der Betreuungsqualität und der Effektivität in der Zusammenarbeit sowie die Rechtssicherheit der betroffenen Berufsgruppen zum Ziel.

Von der Betriebs- und der Rahmenvereinbarung (Anhang 2) waren zusätzlich zu den ausdrücklich in § 15 Abs. 5 GuKG aufgezählten (siehe TZ 30) Tätigkeiten noch acht weitere Tätigkeiten¹⁵² umfasst, die auf ärztliche Anordnung hin vom diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegedienst durchgeführt werden sollten, sofern dies medizinisch vertretbar und betriebsorganisatorisch realisierbar war.

Allerdings entsprach die Zuordnung zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich bei insgesamt drei Tätigkeiten nicht den Kriterien des § 15 GuKG.

¹⁵¹ welche ärztlichen Tätigkeiten, wenn medizinisch vertret- und betriebsorganisatorisch realisierbar, an den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegedienst delegiert werden sollen

¹⁵² Dies betraf das Setzen und Entfernen von peripheren Venenverweilkanülen, das Entfernen einer Verweilkanüle aus einem Port-a-Cath-System, das Absaugen der oberen Atemwege, die Vitalzeichenkontrolle, das Spülen von Venenzugängen, die Medikation zur Schmerztherapie nach Verschreibung, die Verabreichung von Antibiotika sowie die Vornahme von freiheitsbeschränkenden und einschränkenden Maßnahmen.

Das Absaugen der oberen Atemwege (Nase-, Mund- und Rachenraum)¹⁵³ und die regelmäßige Messung und Dokumentation der Vitalzeichen¹⁵⁴ waren pflegerische Maßnahmen, die von Angehörigen des diplomierten Pflegedienstes im Rahmen des § 14 GuKG eigenverantwortlich durchgeführt werden können.

Für freiheitsbeschränkende und –einschränkende Maßnahmen galten die Regeln des Heimaufenthaltsgesetzes¹⁵⁵, wonach ein entsprechendes Tätigwerden der diplomierten Pflegekräfte nicht ausgeschlossen war (vgl. § 5). Allerdings konnten vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich nur medikamentöse Maßnahmen (Verabreichung von Arzneimitteln bzw. Injektionen), nicht aber die in der Rahmenvereinbarung genannte Anbringung von Bettenseitenteilen oder Gurtfixierungen umfasst sein, weil es sich dabei nicht um diagnostische bzw. therapeutische Tätigkeiten handelt.

33.2 Der RH stellte positiv fest, dass für das LKH Innsbruck eine Muster-Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich vorlag, die neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich Angeführten noch acht weitere Tätigkeiten umfasste. Da mit der Absaugung der oberen Atemwege und der Vitalzeichenkontrolle allerdings zwei dieser Tätigkeiten dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuzuordnen waren bzw. es sich bei vom Pflegepersonal durchzuführenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nicht um diagnostische bzw. therapeutische Tätigkeiten handelte, empfahl der RH, die Rahmenvereinbarung zu adaptieren.

34.1 (1) Für alle sechs Universitätskliniken für Innere Medizin (Innere Medizin) waren basierend auf der Muster-Rahmenvereinbarung klinikspezifische Vereinbarungen zur Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse gemäß § 15 GuKG abgeschlossen worden; zuletzt – im Herbst 2014 – war eine entsprechende Vereinbarung für den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich an der Inneren Medizin IV in Kraft getreten.

¹⁵³ Nur für das Absaugen aus dem Brustraum bzw. unter Umständen für den Wechsel einer Trachealkanüle wäre eine ärztliche Anordnung gemäß § 15 GuKG erforderlich. Weiss-Faßbinder/Lust, GuKG⁶, 2010, S. 93 und S. 107f.

¹⁵⁴ OGH 21. Juni 2004, 10 Ob S 68/04d, laut dem es sich bei der Vitalzeichenkontrolle um eine typische Leistung handelt, die der „allgemeinen“ Krankenpflege zuzuordnen sind. Siehe auch Obermoser, Notfall auf Station, 2009, S. 15; Fachbereichsarbeit zum Download auf der Homepage des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege Verbands http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/FBA_Obermoser.pdf

¹⁵⁵ Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen, BGBl. I Nr. 11/2004 i.d.g.F.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Diese klinikspezifischen Vereinbarungen sahen Adaptierungen¹⁵⁶ gegenüber der Rahmenvereinbarung vor; folgende Tätigkeiten waren an einigen Kliniken ausschließlich von Ärzten durchzuführen:

- Injizieren von intramuskulären Medikationen: Innere Medizin I bis VI
- Setzen von Magensonden: Innere Medizin I, II, III und VI
- Entfernen einer Verweilkanüle aus einem Port-a-Cath-System: Innere Medizin II und IV

(2) Am LKH Innsbruck deuteten im Frühjahr 2014 durchgeführte, stationsbezogene Evaluierungen auf eine funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit hin. Eine krankenhausweite Stuserhebung vom März 2014 ergab überdies, dass – mit Ausnahme der Inneren Medizin IV – an allen Universitätskliniken für Innere Medizin die Übernahme des gesamten sogenannten „i.v. Managements“ (Verabreichung von intravenöser Medikation und Anlage von Venenverweilkanülen) bereits vollständig umgesetzt war.

34.2 Der RH stellte positiv fest, dass am LKH Innsbruck alle sechs Universitätskliniken für Innere Medizin klinikspezifische Vereinbarungen über den mitverantwortlichen Bereich abgeschlossen hatten, die auf dem Muster bzw. der Rahmenvereinbarung des LKH Innsbruck basierten und keine zusätzlichen Tätigkeiten enthielten. Die Umsetzung der vereinbarten Aufteilung der mitverantwortlichen Tätigkeiten an den Kliniken für Innere Medizin war laut Evaluierungen und Stuserhebung weit vorangeschritten. Nur an der Universitätsklinik für Innere Medizin IV hatte eine solche noch nicht stattgefunden, weil die Vereinbarung erst im Herbst 2014 abgeschlossen worden war. Der RH empfahl dem LKH Innsbruck in diesem Zusammenhang, für eine rasche und umfassende Umsetzung der Vereinbarung zu sorgen.

Im Gegensatz zur Rahmenvereinbarung war für das Injizieren von intramuskulären Medikationen an allen und für das Setzen von Magensonden an vier von sechs Kliniken nach wie vor eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen. Der RH empfahl dem LKH Innsbruck, eine zukünftige mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten zu prüfen.

¹⁵⁶ So erfolgte etwa nach der Vereinbarung der Inneren Medizin V das Anhängen und Wechseln von Infusionslösungen anhand einer Positiv/Negativ-Liste entweder durch Pflege- oder ärztliches Personal. Für das Injizieren von intravenösen Medikamenten galt folgende Arbeitsteilung: Die morgendliche Runde um 8.00 Uhr führten die Ärzte durch, danach wurde die Tätigkeit vom diplomierten Pflegepersonal übernommen.



Zusammenarbeit zwischen den
Berufsgruppen

BMG

Ärzteausbildung

LK St. Pölten/Lilienfeld

35.1 (1) Für das LK St. Pölten/Lilienfeld galt seit Dezember 2011 eine Richtlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG, die im Jahr 2013 nach einer internen Evaluierung revidiert und in Richtlinie über ärztliche–pflegerische Zusammenarbeit umbenannt wurde (Anhang 3). Zusätzlich zu den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten, enthielt die Richtlinie auch noch fünf¹⁵⁷ weitere Tätigkeiten. Zwei davon – das Verabreichen von intramuskulären und intravenösen Injektionen – waren allerdings weiterhin ausschließlich von Ärzten durchzuführen.

(2) Eine von der NÖ Landeskliniken–Holding im Frühjahr 2014 zur Umsetzung des § 15 GuKG durchgeführte Abfrage zeigte für das LK St. Pölten/Lilienfeld eine gänzliche Übereinstimmung zwischen der in der Richtlinie vereinbarten Aufteilung und dem Ist-Stand zum April 2014.¹⁵⁸

35.2 Der RH stellte positiv fest, dass für das LK St. Pölten/Lilienfeld eine für alle Abteilungen an beiden Standorten verbindliche Richtlinie über die ärztliche–pflegerische Zusammenarbeit in Geltung war, die neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführten noch fünf weitere Tätigkeiten umfasste. Laut den Ergebnissen der Abfrage der NÖ Landeskliniken–Holding war diese auch umgesetzt.

Bezüglich des Injizierens von intramuskulären und intravenösen Medikationen empfahl der RH, für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen.

35.3 *Das Land Niederösterreich teilte mit, dass die angeführten Tätigkeiten ab dem Umsetzungsstart nach entsprechenden Schulungsmaßnahmen auch von der Pflege durchgeführt würden.*

LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

36.1 Für das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl galten je nach Standort unterschiedliche Vereinbarungen betreffend den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich:

¹⁵⁷ das Spülen von Venenzugängen und von Port-a-Cath-Systemen, das Legen von peripheren Venenverweilkanülen, das Entfernen von Sonden und Drainagen, Streifen sowie von Nähten und Klammern sowie das Anlegen und Aufzeichnen eines EKG

¹⁵⁸ Berücksichtigt wurden die Angaben zum allgemeinen Bettenbereich.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Standort Gmünd

(1) Für den Standort Gmünd gab es eine Richtlinie vom Juli 2013 (Anhang 4), die zusätzlich zu den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten, auch noch vier¹⁵⁹ weitere Tätigkeiten enthielt. Eine davon – das Legen von Magensonden – war allerdings weiterhin ausschließlich von Ärzten durchzuführen.

(2) Für den Standort Gmünd ergab die oben genannte Abfrage der NÖ Landeskliniken-Holding ebenfalls eine grundsätzliche Übereinstimmung¹⁶⁰ zwischen der vereinbarten Aufteilung und dem Stand zum April 2014.¹⁶¹ Die Praxis ging sogar insofern ein Stück weit über das ursprünglich in der Richtlinie vereinbarte Ausmaß hinaus, als Magensonden bereits teilweise von diplomierten Pflegekräften gelegt wurden.

Standort Waidhofen

(1) Für den Standort Waidhofen wurde bedingt durch den anhaltenden Turnusärztemangel 2011 ein neues Team im Pflegebereich geschaffen, dessen konkrete Funktion die Übernahme grundsätzlich aller Tätigkeiten aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich war. Dementsprechend war die Richtlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG (Anhang 5) anders ausgestaltet als am Standort Gmünd; darin wurde vor allem festgehalten, in welchen Bereichen das neue Pflegepersonalteam nicht oder nur eingeschränkt tätig werden sollte. Ausschließlich von Ärzten vorzunehmen war laut Richtlinie das Legen von Magensonden.

(2) Auch für den Standort Waidhofen ergab die Abfrage eine vollständige Umsetzung der vereinbarten Aufteilung.¹⁶²

Standort Zwettl

(1) Am Standort Zwettl war eine ursprünglich im Mai 2009 abgeschlossene und danach 2010 sowie 2012 erweiterte Vereinbarung zur Umsetzung des § 15 GuKG in Kraft (Anhang 6), die zusätzlich zu den in § 15

¹⁵⁹ das Spülen von Venenzugängen, das Legen von peripheren Venenverweilkanülen, das Entfernen von Sonden und Drainagen, Streifen sowie von Nähten und Klammern

¹⁶⁰ Blasenkatheder wurden – anders als in der Vereinbarung geregelt – bei Männern nicht vom Pflegepersonal, sondern von den Ärzten gesetzt. Dafür wurde andererseits laut Abfrage mittlerweile auch das Legen von Magensonden zum Teil von diplomierten Pflegekräften übernommen.

¹⁶¹ Berücksichtigt wurden die Angaben zum allgemeinen Bettenbereich.

¹⁶² Berücksichtigt wurden die Angaben zum allgemeinen Bettenbereich.

Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten noch zwei¹⁶³ weitere umfasste. Eine davon – das Legen von peripheren Venenverweilkanülen – war jedoch weiterhin ausschließlich von Ärzten durchzuführen.

(2) Die Abfrage für den Standort Zwettl zeigte eine vollständige Übereinstimmung zwischen der Vereinbarung und dem Stand der Aufteilung zum April 2014.¹⁶⁴

- 36.2** Der RH stellte positiv fest, dass für das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl Richtlinien bzw. Vereinbarungen über die ärztliche–pflegerische Zusammenarbeit galten. Neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführten umfassten diese insgesamt noch fünf weitere Tätigkeiten, die allesamt den Kriterien für eine Zuordnung zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich entsprachen.

Weiters hob der RH die Übereinstimmung zwischen Praxis und Vereinbarung am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl positiv hervor.

Bezüglich des Legens von Magensonden empfahl der RH den Standorten Gmünd und Waidhofen, für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass dies in der Praxis nunmehr auch am Standort Gmünd teilweise erfolgte und am Standort Zwettl laut Vereinbarung schon gängige Praxis war.

- 36.3** *Das Land Niederösterreich teilte mit, dass die angeführten Tätigkeiten ab dem Umsetzungsstart nach entsprechenden Schulungsmaßnahmen auch von der Pflege durchgeführt würden.*

Grad der Umsetzung des § 15 Abs. 5 GuKG

- 37.1** Vor dem Hintergrund der Neuerungen im ÄrzteG 1998, wonach die Gewährleistung der Durchführung der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten durch das diplomierte Pflegepersonal Bedingung für die Anerkennung als Ausbildungsstätte war, verglich der RH die Aufteilung dieser sieben Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten anhand der Ergebnisse der Stuserhebungen, Evaluierungen und Abfragen (siehe TZ 31 bis 36).

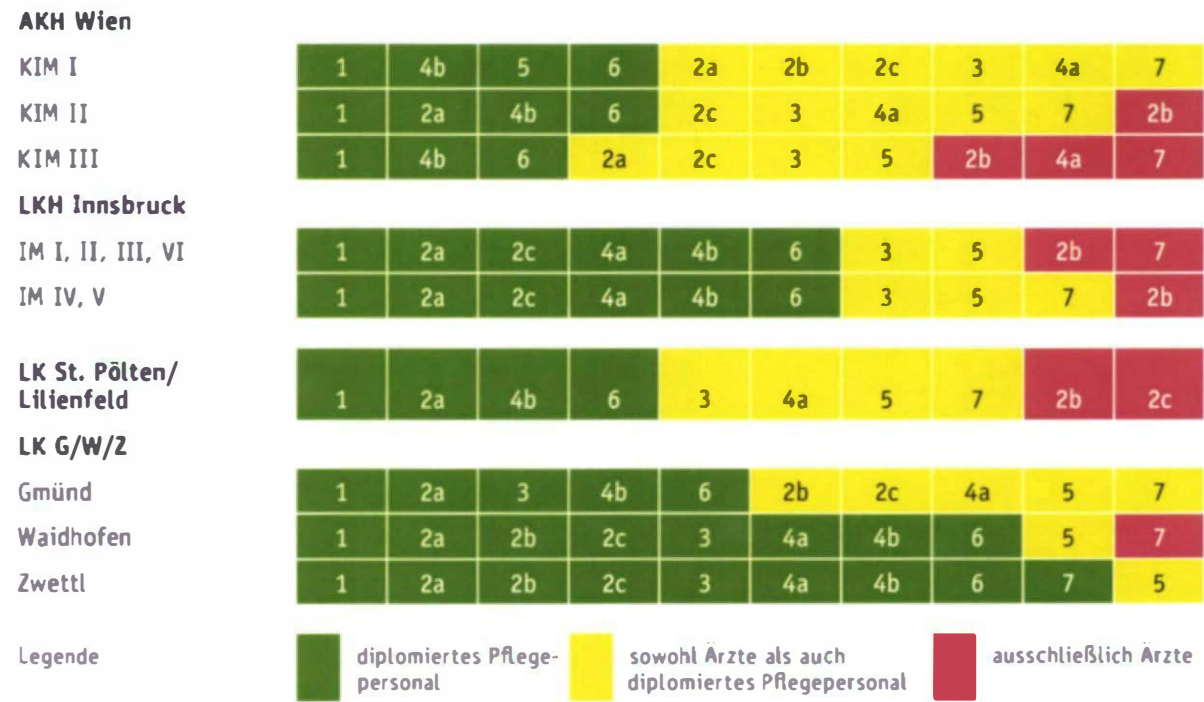
Zusammengefasst stellte sich die Aufteilung der Durchführungsverantwortung in den überprüften Krankenanstalten wie folgt dar:

¹⁶³ das Legen von peripheren Venenverweilkanülen und die Durchführung des EKG

¹⁶⁴ Berücksichtigt wurden die Angaben zum allgemeinen Bettenbereich.

Zusammenarbeit zwischen den
Berufsgruppen

Abbildung 5: Vergleich der Umsetzung der in § 15 GuKG ausdrücklich genannten
Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten



- 1. Verabreichung von Arzneimitteln
- 2a. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen Injektionen
- 2b. Vorbereitung und Verabreichung von intramuskulären Injektionen
- 2c. Vorbereitung und Verabreichung von intravenösen Injektionen
- 3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen
- 4a. Blutentnahme aus der Vene
- 4b. Blutentnahme aus den Kapillaren
- 5. Setzen von transurethralen Blasenkathetern
- 6. Durchführung von Darmeinläufen
- 7. Legen von Magensonden

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; NÖ Landeskliniken–Holding; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Wie die Grafik zeigt, erfolgte die Aufteilung der Tätigkeiten gemäß § 15 Abs. 5 GuKG sowohl zwischen den überprüften Krankenanstalten als auch innerhalb von Krankenanstalten zwischen den Universitätskliniken für Innere Medizin (AKH Wien und LKH Innsbruck) bzw. den Standorten (Gmünd, Waidhofen, Zwettl) unterschiedlich. Die Unterschiede waren auf spezifische Voraussetzungen in den jeweiligen Krankenanstalten bzw. an den jeweiligen Abteilungen/Kliniken zurückzuführen.

Insgesamt gesehen erwies sich eine bedarfsgerechte pflegerische Personalausstattung mit angemessenem Skill-Mix zwischen diplomierten Pflegekräften, Pflegehilfskräften und Abteilungsgehilfen als

ein Erfolgsfaktor; deren Fehlen stellte hingegen ein Hindernis bei der Umsetzung des § 15 Abs. 5 GuKG dar. Gleiches galt für die Unterstützung der Organisationseinheiten in organisatorischen Belangen durch neue Berufsgruppen wie medizinische Organisationsassistenten oder Stationssekretäre.

Die im ÄrzteG 1998 für eine Neuankennung als Ausbildungsstätte nunmehr geforderte Durchführung der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten (zumindest auch) durch diplomiertes Pflegepersonal war an der KIM I des AKH Wien und an den Standorten Gmünd und Zwettl gewährleistet. An der KIM II des AKH Wien wurden eine, an der KIM III drei, am LKH Innsbruck je nach Klinik ein bzw. zwei, am LK St. Pölten/ Lilienfeld zwei sowie am Standort Waidhofen eine der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten hingegen nach wie vor ausschließlich von Ärzten durchgeführt.

- 37.2** Der RH anerkannte, dass der Vergleich der Umsetzung des § 15 GuKG in allen überprüften Krankenanstalten das Bemühen erkennen ließ, die Möglichkeiten des mitverantwortlichen Tätigwerdens zu nutzen und die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zu stärken.

Der RH beurteilte dies im Hinblick auf die Ausbildungspraxis positiv, weil dadurch wichtige Schritte zur Entlastung der Turnusärzte von Routinetätigkeiten gesetzt wurden. Unter Hinweis auf die in der ÄrzteG-Novelle vorgesehene Bedingung für eine Neuankennung als Ausbildungsstätte empfahl er jedoch insbesondere der KIM II und der KIM III des AKH Wien, dem LKH Innsbruck, dem LK St. Pölten/Lilienfeld und dem Standort Waidhofen, die mitverantwortliche Durchführung aller ausdrücklich in § 15 Abs. 5 GuKG genannten Tätigkeiten sicherzustellen.

- 37.3 (1)** Laut Stellungnahme der Stadt Wien sei die Umsetzung der Empfehlungen des RH bereits im Gange.

Die MedUni Wien teilte mit, sie unterstütze die Bemühungen um eine effektivere Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs auf Basis der Rahmenvereinbarung.

(2) Die TILAK und die MedUni Innsbruck sagten die Umsetzung der Empfehlung bis Ende 2015 zu.

(3) Laut Mitteilung des Landes Niederösterreich gebe es eine mit allen Landeskliniken akkordierte Rahmenleitlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG. Im Zuge der Beantragung der Ausbildungsstellen für die Ärzteausbildung NEU werde diese Rahmenleitlinie mit Unterschrift aller

Pflegedirektionen und ärztlichen Direktionen als Ausdruck der Verbindlichkeit an die Ausbildungskommission sowie an das BMG übermittelt und die Umsetzung stichprobenartig durch die interne Revision überprüft werden.

Rasterzeugnisse

Administration der Rasterzeugnisse

- 38.1** Über den Erfolg der Ausbildung war ein Rasterzeugnis vorzulegen (§ 26 ÄrzteG 1998). Gemäß ÄAO hatte der Ausbildungsverantwortliche nach Zurücklegung der jeweiligen Mindestausbildungszeiten und Durchführung eines Evaluierungsgesprächs (TZ 40) unverzüglich ein Rasterzeugnis auszustellen. Betrug die Dauer eines Ausbildungsfachs jedoch mehr als ein Jahr, war auch am Ende jedes Ausbildungsjahrs unverzüglich ein Rasterzeugnis auszustellen.

Das Rasterzeugnis bestand aus einem Deckblatt¹⁶⁵, einem Bereich mit der Beschreibung der zu erreichenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten¹⁶⁶ und einem Teil mit Freitextfeldern¹⁶⁷. Das Datum des Evaluierungsgesprächs war einzutragen.¹⁶⁸

Zur Beurteilung der Einhaltung der Vorgaben bezüglich der Rasterzeugnisse an den überprüften Krankenanstalten wählte der RH beispielhaft mindestens 30 % der TÄ/A und TÄ/F für Innere Medizin aus, die ihre Ausbildung in den Jahren 2011 bis 2013 abgeschlossen hatten.

AKH Wien

(1) Das AKH Wien verfügte über eine Leitlinie zur Ausstellung von Rasterzeugnissen. Die Leitlinie führte allerdings aus, dass Ausbildungsverantwortliche über Verlangen des TA/F ein Rasterzeugnis auszustellen hatten. Dies entsprach nicht den aktuellen Bestimmungen der ÄAO. Geregelt war weiters, dass Rasterzeugnisse nicht handschriftlich ausgefüllt werden durften und nicht relevante Punkte bzw. Felder zu streichen waren.

¹⁶⁵ Auf diesem waren Name und Geburtsdatum des Turnusarztes, Dauer der Ausbildung sowie Abteilung anzugeben.

¹⁶⁶ Diese waren vom Ausbildungsverantwortlichen mit Datum und Unterschrift zu bestätigen. Nicht positiv beurteilte Inhalte waren zu begründen.

¹⁶⁷ Freitextfelder gab es bspw. zu absolvierten, theoretischen Unterweisungen, allfälligen fachspezifischen Projekten und allfälligen Anmerkungen des Ausbildungsverantwortlichen.

¹⁶⁸ vergleiche § 23 ÄAO

(2) Die vom RH beispielhaft ausgewählten TÄ/F für Innere Medizin erhielten am AKH Wien Rasterzeugnisse, die weitaus überwiegend unverzüglich nach Ausbildungsende ausgestellt wurden. Entgegen den Vorgaben der ÄAO stellte das AKH Wien jedoch keine jährlichen Rasterzeugnisse aus.¹⁶⁹

(3) Evaluierungsgespräche waren nur in einem Viertel der Fälle mit Datum am Rasterzeugnis vermerkt.

(4) Bezogen auf alle Kliniken führte die Abteilung Medizinischer Betrieb vor der Unterzeichnung der Rasterzeugnisse durch den Ärztlichen Direktor eine Kontrolle der Formalkriterien¹⁷⁰ sowie eine inhaltliche Plausibilitätskontrolle hinsichtlich frei gestalteter Texte der Rasterzeugnisse durch. Eine Überprüfung z.B. der Schlüssigkeit der in den Rasterzeugnissen bestätigten OP-Zahlen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen bzw. Kliniken war nicht vorgesehen (TZ 39). Der vorgelegte Entwurf (TZ 20) sah jedoch eine Verpflichtung zur Dokumentation der von den TÄ/F durchgeführten Eingriffe sowie ihre Übermittlung an bzw. Archivierung durch die Ärztliche Direktion vor.

LKH Innsbruck

(1) Im Gegensatz zum AKH Wien verfügte das LKH Innsbruck über keine Vorgaben zur Ausstellung von Rasterzeugnissen.

(2) Erst ab Mitte 2014, im Zusammenhang mit der Gebarungsüberprüfung durch den RH, archivierte das LKH Innsbruck Kopien der Rasterzeugnisse in der Ärztlichen Direktion. Nur an den einzelnen Universitätskliniken waren die Rasterzeugnisse zum Teil vorhanden.

In den vom RH ausgewählten Fällen wurden die Rasterzeugnisse der TÄ/A in mehr als zwei Drittel der Fälle unverzüglich, bis zu einem Monat nach Beendigung des Ausbildungsfaches, ausgestellt. Entgegen den Vorgaben der ÄAO stellte das LKH Innsbruck für TÄ/F keine jährlichen Rasterzeugnisse aus.

¹⁶⁹ Von den einzelnen Kliniken, zu denen die TÄ/F im Laufe der Ausbildung laut Rotationskonzept rotierten erhielten sie ein Bestätigungsschreiben. Diese Bestätigungsschreiben wurden in den überwiegenden Fällen zeitnah ausgestellt.

¹⁷⁰ Stammdaten, Ausbildungsberechtigung, Unterschrift des Klinikvorstands; Arbeitsanweisung zur Ausstellung von Ausbildungszeugnissen, ADR-AMB-AA

Rasterzeugnisse

(3) Für die Evaluierungsgespräche der ausgewählten TÄ/A war mehrheitlich ein Datum spätestens bei Beendigung des Ausbildungsabschnitts angegeben. In rd. 20 % war aber kein Datum auf dem Rasterzeugnis vermerkt.

Die Evaluierungsgespräche der TÄ/F waren auf allen Zeugnisformularen angegeben¹⁷¹; in drei Fällen wiesen die Evaluierungsgespräche ein Datum auf, das nach Beendigung der Ausbildung lag.

(4) Bezogen auf alle Kliniken nahm der Stellvertreter der Ärztlichen Direktorin vor deren Unterschriftsleistung eine formale Überprüfung der Rasterzeugnisse hinsichtlich An- und Abwesenheiten, Datum sowie Unterschriften vor. Eine Überprüfung der Plausibilität der in manchen Rasterzeugnissen bestätigten OP-Zahlen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen bzw. Kliniken war nicht vorgesehen.

LK St. Pölten/Lilienfeld

(1) In der Anstaltsordnung des LK St. Pölten/Lilienfeld war explizit vorgegeben, dass Rasterzeugnisse gemäß der ÄAO auszustellen waren.

Nur für den Standort St. Pölten galt seit Juni 2013 die Richtlinie „Dokumentation Ärzteausbildung“. Diese stellte eine Ausfüllhilfe für die Rasterzeugniserstellung dar und legte fest, dass Zeugnisse zeitnah bzw. im Bereich der Facharztausbildung jährlich auszustellen waren. Auch die elektronische Ablage aller Zeugnisse war vorgesehen. Nicht geregelt war dagegen, dass Zeugnisse nur elektronisch oder maschinenschriftlich auszufüllen und nicht relevante Punkte bzw. freibleibende Abschnitte zu streichen waren.

(2) Am Standort St. Pölten wurden rund zwei Drittel bzw. rund die Hälfte der Rasterzeugnisse für TÄ/A bzw. TÄ/F für Innere Medizin unverzüglich ausgestellt. Am Standort Lilienfeld war dies hingegen mehrheitlich nicht der Fall.

(3) Am LK St. Pölten/Lilienfeld lag das Datum der Evaluierungsgespräche mehrheitlich vor oder am Tag der Ausstellung des Rasterzeugnisses. In einigen Fällen war kein Datum eingetragen. Am Standort Lilienfeld lag das Datum der Evaluierungsgespräche in etlichen Fällen aber nach dem Ausstellungsdatum der Rasterzeugnisse. An beiden Standorten wurden die Daten überwiegend handschriftlich vermerkt.

¹⁷¹ In drei Fällen wurde die Ausbildung vor Februar 2007 begonnen und ein altes Rasterzeugnisformular – auf dem Evaluierungsgespräche noch nicht zu vermerken waren – verwendet.

(4) Die Anzahl der Ausbildungstage durch den Konsiliararzt lag zwischen mindestens fünf bis höchstens 14 Tage. Im Durchschnitt waren die TÄ/A 9,5 Tage in Konsiliarausbildung¹⁷². Die Konsiliarausbildung fand überwiegend nicht geblockt, sondern über einen längeren Zeitraum hinweg statt (oftmals sogar über ein Jahr hinausgehend).

LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl gab es keine Richtlinie zur Ausstellung der Rasterzeugnisse.

(2) Auch die Anstaltsordnung des LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl sah explizit vor, die Rasterzeugnisse gemäß ÄAO auszustellen.

(3) Am Standort Gmünd wurden keine Kopien der Rasterzeugnisse archiviert.¹⁷³ Der RH erhielt daher die Rasterzeugnisse im Wege der Niederösterreichischen Ärztekammer. Demnach wurden die Zeugnisse am Standort Gmünd für TÄ/A unverzüglich, für TÄ/F jedoch – entgegen den rechtlichen Vorgaben – nicht jährlich ausgestellt.

An den Standorten Waidhofen und Zwettl wurde die Mehrheit der Rasterzeugnisse der TÄ/A und TÄ/F nicht unverzüglich ausgestellt, manche sogar erst nach über einem Jahr.

(3) Das Datum des Evaluierungsgesprächs war auf allen Zeugnissen vermerkt, in rund der Hälfte der Fälle aber ident mit dem letzten Tag der Ausbildung oder lag sogar nach ihrer Beendigung.

(4) An den Standorten des LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl lagen die Konsiliarlisten nicht für alle von Konsiliarärzten abgedeckten Ausbildungsfächer den Rasterzeugnissen bei. Daher war eine gesamthafte Aussage über die Anzahl der Ausbildungstage nicht möglich. Die vorliegenden Konsiliarlisten entsprachen hinsichtlich der Mindestanzahl an Konsiliarterminen¹⁷⁴ den Vorgaben der Niederösterreichischen Ärztekammer. Insbesondere an den Standorten Waidhofen und Zwettl fand die Konsiliarausbildung überwiegend nicht geblockt, sondern über einen längeren Zeitraum hinweg statt (oftmals sogar im Zeitraum eines halben Jahres).

¹⁷² Die Niederösterreichische Ärztekammer empfahl auf ihrer Homepage aber zehn bis 15 Termine mit dem Konsiliararzt.

¹⁷³ Acht TÄ/A haben die Ausbildung zwischen 2011 bis 2013 abgeschlossen.

¹⁷⁴ Die Niederösterreichische Ärztekammer forderte zehn bis 15 Termine mit dem Konsiliararzt.

Rasterzeugnisse

Auch in allen überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten – mit Ausnahme des Standortes St. Pölten – erfolgte grundsätzlich eine Überprüfung der Rasterzeugnisse vor Unterzeichnung durch den Standortleiter nur hinsichtlich formaler Kriterien, so auch grundsätzlich keine Überprüfung z.B. der Plausibilität von OP-Zahlen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen. Am Standort St. Pölten war die Beilage eines OP-Kataloges nicht ausreichend; die Operationsarten waren im Einzelnen unter Angabe der jeweiligen Anzahl zu bestätigen.

Ärzteausbildung NEU

Das novellierte ÄrzteG sah umfassendere Regelungen für die Konsiliar-
ausbildung vor (§ 9 Abs. 11). Der Bericht des Gesundheitsausschusses
führte dazu Folgendes aus:

„Da in einem solchen Fall keine entsprechende Abteilung oder sonstige Organisationseinheit besteht, ist von der ÖÄK die Krankenanstalt als Ausbildungsstätte für dieses Fachgebiet¹⁷⁵ anzuerkennen und eine Ausbildungsstelle festzusetzen. Dabei muss gewährleistet sein, dass die Ausbildung eines Turnusarztes im Ausmaß von zumindest 30 Wochenstunden unter Anleitung und Aufsicht des Konsiliararztes erfolgt. Sofern der Konsiliararzt neben der Tätigkeit in der Krankenanstalt Lehrpraxisinhaber oder Gesellschafter einer Lehrgruppenpraxis ist, darf der Turnusarzt auch dort tätig werden, sofern die Anleitung und Aufsicht durch den Konsiliararzt als Ausbildungsverantwortlichen gegeben ist. Die Bestimmungen hinsichtlich Ausbildungsstätten sowie die Wahrung der Ausbildungsqualität sind sinngemäß anzuwenden.“

38.2 Der RH stellte kritisch fest, dass die Vorgangsweisen im Zusammenhang mit der Ausstellung der Rasterzeugnisse, dem wesentlichsten Ausbildungs-Erfolgsnachweis, häufig nicht den Vorgaben der ÄAO entsprachen und die Kontrollen unzureichend waren:

- So wurden etwa die Rasterzeugnisse für TÄ/F am AKH Wien, am LKH Innsbruck und am Standort Gmünd entgegen den Vorgaben der ÄAO nicht jährlich ausgestellt.
- Teilweise (insbesondere an den Standorten Lilienfeld, Waidhofen und Zwettl) erfolgte die Ausstellung der Rasterzeugnisse – entgegen den Bestimmungen der ÄAO – nicht unverzüglich nach Ausbildungsende, manche wurden sogar erst nach über einem Jahr ausgestellt.

¹⁷⁵ Die Fachgebiete waren in der ÄAO festzulegen (z.B. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde etc.).

- Die Evaluierungsgespräche, die ein zentrales Instrument der Lernfortschrittskontrolle darstellen (TZ 40), waren oftmals gar nicht vermerkt oder – entgegen den Vorgaben der ÄAO – nach dem Ausbildungsende datiert.
- Eine Richtlinie für die Administration von Rasterzeugnissen lag neben dem AKH Wien nur am LK St. Pölten/Lilienfeld¹⁷⁶ für den Standort St. Pölten vor; die Richtlinie des AKH Wien entsprach teilweise nicht den Bestimmungen der ÄAO.
- In der Ärztlichen Direktion erfolgte zumeist nur eine formale Überprüfung der Rasterzeugnisse. Eine Prüfung z.B. der Plausibilität von OP-Zahlen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen war – mit Ausnahme des Standortes St. Pölten, wo zumindest detaillierte Angaben gefordert wurden – bis zur Gebärungsüberprüfung nicht vorgesehen.
- Am LKH Innsbruck erfolgte eine Archivierung der Rasterzeugniskopien in der Ärztlichen Direktion erst ab Mitte 2014; am Standort Gmünd wurden keine Kopien der Rasterzeugnisse aufbewahrt.

Im Hinblick auf die festgestellte – wenig zufriedenstellende – Praxis betreffend die Konsiliarausbildung (z.B. mangelhafte Dokumentation, zu wenige Ausbildungstermine, siehe auch TZ 28) bewertete der RH die umfassendere Regelung sowie die Bindung an Qualitätsvorgaben in der Ärzteausbildung NEU positiv.

Im Zusammenhang mit den Rasterzeugnissen sprach der RH folgende Empfehlungen aus:

AKH Wien und LKH Innsbruck

Im Hinblick auf die in der ÄAO vorgesehene jährliche Zeugnisausstellung empfahl der RH dem AKH Wien und dem LKH Innsbruck – auch unter Berücksichtigung etwaiger Änderungen im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung NEU – eine rechtskonforme Vorgehensweise. Überdies empfahl der RH dem AKH Wien, die Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse entsprechend anzupassen. Weiters wäre das Datum des – mit TÄ/F jährlich zu führenden – Evaluierungsgesprächs in den Rasterzeugnissen zu vermerken.

¹⁷⁶ Am Standort Lilienfeld war eine Einführung geplant.

Rasterzeugnisse

Dem LKH Innsbruck empfahl der RH, in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU eine Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse zu erlassen; diese sollte u.a. regeln, dass die Rasterzeugnisse regelmäßig auszustellen und die Evaluierungsgespräche zu vermerken sowie die Rasterzeugnisse zu archivieren waren (einschließlich Aufbewahrungsdauer).

LK St Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken-Holding empfahl der RH – etwa unter Heranziehung der bereits vorliegenden Richtlinie des LK St. Pölten/Lilienfeld in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU – Vorgaben für alle niederösterreichischen Krankenanstalten zu erlassen. Auch darin sollte u.a. geregelt sein, dass Rasterzeugnisse zu archivieren und unverzüglich nach Beendigung des Ausbildungsabschnitts (TÄ/A) bzw. nach Ablauf eines Ausbildungsjahrs (TÄ/F) auszustellen sowie die Evaluierungsgespräche zu vermerken waren.

Vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Trägers bzw. des Ärztlichen Direktors empfahl der RH allen überprüften Krankenanstalten eine vertiefte – zumindest stichprobenartige – Kontrolle der Rasterzeugnisse, bspw. im Hinblick auf die tatsächliche Erfüllbarkeit der Vorgaben in den Rasterzeugnissen oder die rechtlich vorgegebene Dokumentation der Evaluierungsgespräche. (TZ 40)

Hinsichtlich der Konsiliarausbildung empfahl der RH dem Land Niederösterreich, der NÖ Landeskliniken-Holding, dem LK St. Pölten/Lilienfeld sowie dem LK Gmünd/Waidhofen/ Zwettl, die rechtlichen Vorgaben entsprechend umzusetzen. Im Interesse einer durchgängig qualitätsgesicherten Ausbildung empfahl der RH dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken-Holding, in diesem Zusammenhang auch für die Konsiliarausbildung einheitliche Vorgaben (Tätigkeits- und Aufgabenprofil, Administration der Rasterzeugnisse etc.) zu schaffen.

- 38.3** *(1) Laut Mitteilung der Stadt Wien habe das AKH Wien von der Ärztekammer Wien bisher die Information erhalten, dass die Ausstellung von Rasterzeugnissen nicht jährlich erfolgen müsse. Die Empfehlung des RH werde mit der Ärztekammer Wien nochmals behandelt, sodass eine akkordierte Vorgangsweise in Bezug auf den Zyklus der Ausstellung der Rasterzeugnisse vorliege.*

Weiters sei der Inhalt der Richtlinie für die Administration von Rasterzeugnissen in Abstimmung mit der Ärztekammer Wien erfolgt. Aufgrund der derzeitigen neuen Definition der Vorgehensweise und Einarbeitung der Ärzteausbildung NEU werde die Richtlinie überarbeitet. Eine vertiefte inhaltliche Kontrolle der Rasterzeugnisse werde im Rahmen der geplanten Audits stattfinden. Ferner sei die Überprüfung des datierten Evaluierungsgesprächs der Checkliste zur Überprüfung der Rasterzeugnisse hinzugefügt worden.

(2) Laut Stellungnahme der TILAK erfolge die empfohlene Kontrolle, dass die Evaluierungsgespräche durchgeführt wurden, über das dafür implementierte IT-Tool. Eine inhaltliche Kontrolle, ob die vorgegebenen Themenbereiche auch tatsächlich behandelt wurden, könne nur stichprobenartig erfolgen. Die Rasterzeugnisse würden von der Ärztlichen Direktion elektronisch gespeichert. Ziel sei es, die Rasterzeugnisse im Ausbildungs-IT-Tool zu speichern; die technische Umsetzung müsse noch abgeklärt werden.

(3) Das Land Niederösterreich führte aus, dass eine Kontrolle der Rasterzeugnisvorgaben und Fallzahlen durch das BMG auf Grundlage der gemeldeten LKF-Leistungszahlen vorgesehen sei. Die Umsetzung der Empfehlung des RH betreffend Vorgaben für die Administration der Rasterzeugnisse werde analog der Vorgehensweise am LK St. Pölten/Lilienfeld an die Klinik- und Abteilungsleitungen kommuniziert und durch die interne Revision der NÖ Landeskliniken-Holding überprüft werden.

Weiters sagte das Land Niederösterreich die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben für die Konsiliarausbildung mit Inkrafttreten der ÄAO-Novelle zu. Wo die zeitliche Verfügbarkeit der Konsiliarärzte nicht in ausreichendem Maß gewährleistet sei, um die Jungärzte vorgabenkonform anleiten und ausbilden zu können, würden Rotationen zu entsprechenden Fachabteilungen anderer Klinikstandorte eingerichtet. Die Konsiliarärzte würden in Abstimmung mit dem ärztlichen Direktor ein Ausbildungskonzept für die Konsiliarausbildung erstellen. Sofern dieses von der Ärztekammer als unzureichend abgelehnt würde, sei eine Rotation an die Fachabteilung eines anderen Standorts zu koordinieren. Bereits jetzt sei in den Ausschreibungen für die Neubesetzung von Konsiliarärzten die Ausbildung von Jungmediziner*innen Teil des Aufgabenprofils und werde bei der Auswahl der Bewerber stark gewichtet.

- 38.4 Der RH wies die überprüften Krankenanstaltenträger und die Med-Uni Innsbruck darauf hin, dass er in seiner Stellungnahme zum Entwurf der KEF und RZ VO 2015 angemerkt hatte, dass die ÄAO 2015 eine Neuregelung betreffend die Häufigkeit bzw. die Zeitpunkte der

Rasterzeugnisse

Ausstellung der Rasterzeugnisse und – damit im Zusammenhang – die Führung von Evaluierungsgesprächen (§ 22 ÄAO 2015) vorsah; Häufigkeit bzw. Zeitpunkte variieren je nach Ausgestaltung der jeweiligen Ausbildungsabschnitte bzw. der Sonderfach Grundausbildung und Sonderfach Schwerpunktausbildung.

Um sicherzustellen, dass die Rasterzeugnisse verordnungsgemäß ausgestellt und die Evaluierungsgespräche – als zentrale Instrumente der Lernfortschrittskontrolle – zeitnah vor Ausstellung der Rasterzeugnisse geführt werden, hatte der RH in dieser Stellungnahme zur KEF und RZ VO 2015 angeregt, die entsprechenden Zeitpunkte im Sinne des § 23 ÄAO 2015 auf den jeweiligen Rasterzeugnisformularen ausdrücklich anzuführen.

Weiters hatte der RH in dieser Stellungnahme angeregt, zur Sicherstellung der Einhaltung der Dokumentationspflicht von Evaluierungsgesprächen (§ 22 ÄAO) durch den Ausbildungsverantwortlichen, in den (Muster)Rasterzeugnissen bzw. in den Rasterzeugnisformularen die Beilage eines entsprechenden Nachweises vorzusehen.

Der Stadt Wien gegenüber hielt der RH weiters fest, dass die Zeitpunkte für die verpflichtende Ausstellung der Rasterzeugnisse und die ebenso verpflichtende Abhaltung der Evaluierungsgespräche in der ÄAO 2015 (§ 23) klar und eindeutig geregelt waren. Vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters hielt der RH eine vertiefte Prüfung der Rasterzeugnisse nur dann für wirkungsvoll und qualitätssichernd, wenn sie regelmäßig und standardisiert erfolgt.

Gegenüber der TILAK wiederholte der RH im Sinne der Qualitätssicherung seine Empfehlungen nach Erlassung einer Richtlinie betreffend die Administration der Rasterzeugnisse und deren vertiefte Kontrolle auch im Hinblick auf die Erfüllbarkeit der darin normierten Vorgaben (z.B. Richtzahlen).

Gegenüber dem Land Niederösterreich stellte der RH klar, dass die Verantwortung für die Vermittlung der erforderlichen Erfahrungen, Kenntnisse und Fertigkeiten vor allem beim Ausbildungsverantwortlichen lag; den Ausbildungserfolg hat in der Regel dieser durch seine Unterschrift zu bestätigen. Die Ausbildungsverantwortung der Krankenanstalt umfasste aus Sicht des RH jedoch jedenfalls auch eine Überprüfung der tatsächlichen Erfüllbarkeit der geforderten bzw. bestätigten Richt- bzw. Fallzahlen durch diese selbst. Betreffend Vorgaben für die Administration der Rasterzeugnisse waren zur Gewährleistung der Umsetzung sowie im Sinne der Nachvollziehbarkeit und Trans-

parenz jedenfalls schriftliche Festlegungen (auch für Konsiliarärzte) erforderlich.

Erfüllbarkeit der Rasterzeugnis-vorgaben

39.1 (1) Für die Erstellung der Rasterzeugnisse griff die ÖÄK über ihre Fachgruppen auf die von ihr akkreditierten wissenschaftlichen Fachgesellschaften zurück. Diese entwickelten u.a. die in den Rasterzeugnissen für sogenannte „schneidende Fächer“ enthaltenen Operationskataloge. Darin waren für bestimmte Eingriffe Fallzahlen vorgesehen, die der Turnusarzt zu erbringen hatte, um seine Ausbildung erfolgreich abschließen zu können.

Da die Rasterzeugnisse für den schwerpunktmäßig überprüften Fachbereich Innere Medizin keine quantitativen Vorgaben enthielten, analysierte der RH die Erfüllbarkeit der Rasterzeugnisvorgaben in den Sonderfächern Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

Sonderfach Chirurgie

Das Rasterzeugnis für das Sonderfach Chirurgie enthielt einen OP-Katalog, der für die vierjährige Ausbildung im Hauptfach die Durchführung von insgesamt 420 Operationen und/oder diagnostischen/therapeutischen Eingriffen vorsah. Der Katalog war nach Körperregionen (Kopf/Hals, Brustwand/Brusthöhle, Bauchwand/Bauchhöhle, Weichteile/ Stütz- und Bewegungsapparat, Gefäße/Nervensystem) aufgeteilt und enthielt Richtzahlen für einzelne Eingriffsarten.

Tabelle 12: Ausgewählte Richtzahlen im Rasterzeugnis für Chirurgie				
	Appendektomien	Hernien-OP	Cholezystektomien	Schilddrüsen-resektionen
Richtzahl	35	35	30	10

Quellen: Rasterzeugnisse der ÖÄK

Diese Richtzahlen konnten um maximal 20 % unterschritten werden, wenn dies durch zusätzliche Eingriffe in einer oder mehreren anderen Regionen ausgeglichen wurde. Die Gesamtzahl von 420 Operationen war jedenfalls zu erreichen. Die Grundlagen für die konkreten Zahlen waren nicht transparent dargelegt.

Rasterzeugnisse

Ebenso wenig wurde die Anpassung des OP-Katalogs im Rahmen der – 2008 erfolgten – zweiten Novelle der KEF-VO¹⁷⁷, in der die Gesamtrichtzahl von 400 auf 420 und bspw. die Richtzahl für Appendektomien (Blinddarmoperation) von 30 auf 35 und für Schilddrüsenresektionen von fünf auf zehn erhöht wurde, begründet.

(2) Der RH überprüfte – anhand einer Gegenüberstellung der Anzahl der an der/den jeweiligen Abteilung/-en bzw. Klinik/-en für Chirurgie tätigen Ärzte einschließlich der TÄ/F mit der Anzahl der über vier Jahre hinweg erbrachten Eingriffe –, wie realistisch eine Erreichung dieser Richtzahlen war.

Unter der theoretischen Annahme einer gleichmäßigen Verteilung der über vier Jahre hinweg erbrachten Eingriffe auf alle Ärzte der Abteilung/-en bzw. Klinik/-en lag etwa die Anzahl der auf jeden einzelnen Arzt entfallenden Appendektomien in fünf von sieben Krankenanstalten unterhalb der Schwelle von 80 % (28) der Richtfallzahl (35), wie die folgenden Tabelle zeigt:

Tabelle 13: Appendektomien an den Abteilungen bzw. Kliniken für Chirurgie 2010 bis 2013								
	Ärzte gesamt	TÄ/F/ Stellen¹	Appendektomien					Fallzahl/ Arzt
			2010	2011	2012	2013	2010 bis 2013	
			Anzahl					
AKH Wien	145	53 / –	373	400	376	372	1.521	10,5
LKH Innsbruck	93	41 / –	450	414	396	429	1.689	18,2
Standort St. Pölten	27	7 / 9	262	189	184	207	842	31,2
Standort Lilienfeld	7	2 / 2	69	81	69	53	272	38,9
Standort Gmünd	7	2 / 2	18	28	35	29	110	15,7
Standort Waidhofen	9	2 / 3	67	45	51	55	218	24,2
Standort Zwettl	10	3 / 3	56	71	58	67	252	25,2

¹ Stand zum 31. Dezember 2013

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; LKH St. Pölten/Lilienfeld; LKH Gmünd/Waidhofen/Zwettl; DIAG; Rasterzeugnisse der ÖÄK

¹⁷⁷ Verordnung der ÖÄK über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse und Prüfungszertifikate

Einer der Gründe hierfür war, dass die Anzahl der erbrachten Appen- dektomien seit dem Jahr 2001 österreichweit um rund ein Drittel zurückgegangen war. Seit der Erlassung der KEF-VO im Jahr 2007 betrug der Rückgang rd. 14 %. Dennoch war die Richtzahl im Jahr 2008 von 30 auf 35 erhöht und danach auch nicht mehr reduziert worden.

Die Abweichung zwischen der ermittelten Anzahl der theoretisch auf jeden einzelnen Arzt entfallenden Eingriffe bei gleichmäßiger Vertei- lung über vier Jahre hinweg und der Richtzahl bedeutete jedoch nicht, dass die Vorgabe aus dem Rasterzeugnis keinesfalls zu erreichen war. Allerdings war der Ausbildungsaspekt bei der Operationsplanung ent- sprechend zu berücksichtigen und Fachärzte mussten den TÄ/F wenn notwendig den Vortritt lassen, um dies dennoch zu ermöglichen. Insbe- sondere an den Universitätskliniken war darüber hinaus ein sehr hoher Spezialisierungsgrad gegeben, der in der Regel dazu führte, dass nur eine bestimmte Teilmenge der chirurgischen Fachärzte überhaupt für die Durchführung einer Appendektomie in Frage kam.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Im Rasterzeugnis für die Ausbildung zum Facharzt im Sonderfach Frau- enheilkunde und Geburtshilfe war ebenfalls ein OP-Katalog – unter- gliedert in die Kategorien Geburtshilfe, diagnostische Untersuchungen und Gynäkologie – enthalten. Dieser sah zwar auch Richtwerte für die Anzahl der im Rahmen der vierjährigen Ausbildung im Hauptfach zu erbringenden Operationen, aber keine Gesamtzahl und keine 80 %- Regelung vor. Ebenso wenig wie für den Fachbereich Chirurgie fand sich in der KEF-VO bzw. im Rasterzeugnis selbst eine Grundlage für die konkreten Zahlen bzw. eine Begründung für die Anpassung ein- zelner Richtzahlen des OP-Katalogs im Rahmen der 3. Novelle der KEF-VO (2010).

Tabelle 14: Ausgewählte Richtzahlen im Rasterzeugnis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe			
	Leitung normaler Geburten	Kaiserschnitte	Curettagen
Richtzahl	200	40	100

Quellen: Rasterzeugnisse der ÖÄK

Auch hier überprüfte der RH, inwieweit diese Richtzahlen grundsätz- lich erreichbar waren, indem er die Anzahl der an der/den jeweiligen Abteilung/-en bzw. Klinik/-en für Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätigen Ärzte einschließlich der TÄ/F der Anzahl der über vier Jahre hinweg erbrachten Eingriffe gegenüberstellte.



Rasterzeugnisse

Unter der theoretischen Annahme einer gleichmäßigen Verteilung der über vier Jahre hinweg durchgeführten Eingriffe auf alle Ärzte der Abteilung/-en bzw. Klinik/-en lag etwa die Anzahl der auf jeden einzelnen Arzt entfallenden normalen Geburten in allen überprüften Krankenanstalten deutlich unterhalb der Richtfallzahl (200), wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 15: Normale Geburten an den Abteilungen bzw. Kliniken für Frauenheilkunde 2010 bis 2013								
	Ärzte gesamt	TÄ/F/ Stellen¹	normale Geburten					Fallzahl/ Arzt
			2010	2011	2012	2013	2010 bis 2013	
			Anzahl					
AKH Wien	89	22 / -	1.139	855	967	1.332	4.293	48,2
LKH Innsbruck	47	22 / -	1.057	1.073	1.080	1.125	4.335	92,2
Standort St. Pölten	15	4 / 4	587	536	513	549	2.185	145,7
Standort Lilienfeld	8	2 / 2	289	261	306	260	1.116	139,5
Standort Waidhofen	9	1 / 1	223	227	208	199	857	95,2
Standort Zwettl	9	2 / 2	347	410	364	367	1.488	165,3

¹ Stand zum 31. Dezember 2013

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl; DIAG; Rasterzeugnisse der ÖÄK

Auch hier galt grundsätzlich, dass die Erreichung der Richtzahl nicht auszuschließen war, sofern der Ausbildungsaspekt bei der Operationsplanung entsprechend berücksichtigt wurde und Fachärzte den TÄ/F wenn notwendig den Vortritt ließen.

Für die Eingriffsart Kaiserschnitt fiel das Ergebnis der Gegenüberstellung genau umgekehrt aus. Hier lag die Anzahl der auf jeden einzelnen Arzt entfallenden Eingriffe nur bei einer Krankenanstalt deutlich unter der Richtfallzahl (40). Eine weitere Krankenanstalt unterschritt diese nur knapp. Alle anderen erfüllten die Anforderung eindeutig, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 16: Kaiserschnitte an den Abteilungen bzw. Kliniken für Frauenheilkunde 2010 bis 2013

	Ärzte gesamt	TÄ/F/ Stellen ¹	Kaiserschnitte					Fallzahl/ Arzt
			2010	2011	2012	2013	2010 bis 2013	
			Anzahl					
AKH Wien	89	22 / –	1.177	1.031	1.151	1.351	4.710	52,9
LKH Innsbruck	47	22 / –	829	753	851	822	3.255	69,3
Standort St. Pölten	15	4 / 4	315	272	277	303	1.167	77,8
Standort Lilienfeld	8	2 / 2	69	56	57	50	232	29
Standort Waidhofen	9	1 / 1	68	80	93	85	326	36,2
Standort Zwettl	9	2 / 2	177	221	208	208	814	90,4

¹ Stand zum 31. Dezember 2013

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl; DIAG; Rasterzeugnisse der ÖÄK

Grund hierfür war, dass die Richtzahl von 200 für die Leitung normaler Geburten im Vergleich zu der Richtzahl von 40 für Kaiserschnitte – dies entsprach einem Verhältnis von 83:17 – sehr hoch war. In fünf von sechs Krankenanstalten spiegelte das tatsächliche Leistungsgeschehen zwischen 2010 und 2013 diese Werte nicht wider; das Verhältnis zwischen normalen Geburten und Kaiserschnitten lag für diesen Zeitraum zwischen 72:28 und 48:52 und wich damit deutlich von dem Verhältnis der Richtzahlen ab.

39.2 Der RH stellte anhand von Beispielen aus den OP-Katalogen für Chirurgie (Appendektomien) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (normale Geburten/Kaiserschnitte) kritisch fest, dass die darin enthaltenen Richtzahlen dem tatsächlichen Leistungsgeschehen nicht gerecht wurden.

So wurde die Richtzahl für Appendektomien ein Jahr nach Erlassung der KEF-VO angehoben, obwohl bei den Appendektomien österreichweit seit längerem ein signifikanter Rückgang – um rund minus ein Drittel seit 2001 – zu beobachten war. Auch die Richtzahl von 200 für die Leitung normaler Geburten war im Vergleich zu der Richtzahl von 40 für Kaiserschnitte zu hoch. Dem Verhältnis der Richtzahlen von 83:17 standen in fünf von sechs Krankenanstalten tatsächliche Verhältnisse zwischen normalen Geburten und Kaiserschnitten von 72:28 bis 48:52 gegenüber.

Rasterzeugnisse

Aus der Sicht des RH deutete dies auf die Notwendigkeit einer Anpassung der Richtzahlen hin. Unter Verweis auf die Verpflichtung in § 24 Abs. 2 ÄrzteG 1998, die KEF-VO unter Beachtung aktueller Entwicklungen regelmäßig anzupassen, empfahl er dem BMG, darauf hinzuwirken, dass den Entwicklungen bei den Appendektomien und der Geburtshilfe Rechnung getragen wird und die OP-Kataloge entsprechend aktualisiert werden. Zusätzlich wären auch die Richtzahlen für andere Eingriffe vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklung und dem tatsächlichen Leistungsgeschehen zu evaluieren.

39.3 Das BMG verwies in seiner Stellungnahme auf die KEF-VO, die gemäß ÄrzteG 1998 von der ÖÄK unter Beachtung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft und der internationalen Entwicklung zu erlassen sei. Darauf aufbauend seien die entsprechenden Rasterzeugnisse und Logbücher zu erstellen. Richtzahlen würden grundsätzlich von den jeweiligen Fachgesellschaften erarbeitet. Die Kommission für die ärztliche Ausbildung setze sich zusätzlich mit diesen Fragen auseinander.

39.4 Gegenüber dem BMG verwies der RH auf seine Stellungnahme zum Entwurf der KEF und RZ VO 2015. Darin hatte der RH u.a. angeregt, die Grundlagen der in den Anlagen zur KEF und RZ VO 2015 enthaltenen Vorgaben insbesondere betreffend OP-Kataloge bzw. Fertigkeiten und Richtzahlen darzulegen, weil nicht beurteilt werden konnte, ob die Festlegungen der ÖÄK dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft entsprachen (§ 24 ÄrzteG 1998). Darüber hinaus hatte der RH in seiner Stellungnahme im Begutachtungsverfahren u.a. ausgeführt, dass die Vorgaben zur Erreichung der Richtzahlen – insbesondere in den Operationskatalogen und betreffend die zu erlangenden Fertigkeiten – in den Anlagen zur KEF und RZ VO 2015 von Fachbereich zu Fachbereich unterschiedlich genau determiniert bzw. (teilweise) gar keine Richtzahlen für Operationen bzw. Fertigkeiten vorgesehen waren. Der RH hatte – vor allem auch vor dem Hintergrund der Sicherstellung einer qualitätsgesicherten Ärzteausbildung – daher aussagekräftige Erläuterungen bzw. entsprechende Überarbeitungen der Anlagen der KEF und RZ VO 2015 angeregt.

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

Lernfortschrittskontrollen

40.1 Ein Instrument zur Lernfortschrittskontrolle von Turnusärzten waren die in der ÄAO vorgeschriebenen sogenannten Evaluierungsgespräche¹⁷⁸. Diese Gespräche waren vor Ausstellung der Rasterzeugnisse (siehe TZ 38) vom Ausbildungsverantwortlichen mit dem Turnusarzt zu führen und zu dokumentieren.

Nach den Erläuterungen zur ÄAO sollen sie einen Beitrag zur Qualitätsoptimierung in der ärztlichen Ausbildung leisten; in diesem Zusammenhang verwiesen die Erläuterungen auf das einmal jährlich verpflichtend zu führende Mitarbeitergespräch¹⁷⁹, ohne das Verhältnis dieser beiden Instrumente zueinander zu definieren bzw. diese klar voneinander abzugrenzen.

In der Praxis bestand Unklarheit; es wurde teilweise davon ausgegangen, dass das Mitarbeitergespräch mit dem Evaluierungsgespräch gleichzusetzen war bzw. dieses ersetzte.

AKH Wien und LKH Innsbruck

(1) Betreffend die TÄ/A am LKH Innsbruck konnte dem RH keine Dokumentation der Evaluierungsgespräche zwischen beispielhaft ausgewählten TÄ/A und den jeweiligen Ausbildungsverantwortlichen vorgelegt werden.

Allerdings führte das AZW regelmäßig strukturierte Gespräche¹⁸⁰ mit den TÄ/A des LKH Innsbruck. Ziele des verpflichtend einmal jährlich stattfindenden Zwischengesprächs waren die Rückmeldung über den bisherigen Verlauf sowie die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen und Plänen für das folgende Jahr. Die Themen umfassten u.a. die Ausbildungsinhalte der Rasterzeugnisse, die Verwendung des Logbuchs, Fortbildungen und die Frage nach dem Tätigwerden der Mentoren. Im Abschlussgespräch erfolgte eine Gesamtevaluierung über die Ausbil-

¹⁷⁸ Gemäß § 23 ÄAO hat der Ausstellung der Rasterzeugnisse ein Evaluierungsgespräch über den jeweiligen Ausbildungsabschnitt zwischen dem Ausbildungsverantwortlichen und dem Turnusarzt voranzugehen, das von dem Ausbildungsverantwortlichen zu dokumentieren ist.

¹⁷⁹ gemäß § 45a Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979 bzw. § 5 Vertragsbedienstetengesetz 1948; gemäß Universitätsgesetz 2002 und dem Kollektivvertrag für die Arbeitnehmer der Universitäten war das Mitarbeitergespräch vom Leiter einer Organisationseinheit einmal im Kalenderjahr nachweislich mit den ihm unterstellten Arbeitnehmern (hier TÄ/F der MedUni Wien/MedUni Innsbruck) verpflichtend zu führen

¹⁸⁰ so genannte Zwischen- und Abschlussgespräche

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

dungszeit. Dazu wurden dem RH zu beispielhaft ausgewählten TÄ/A die entsprechenden Formblätter vorgelegt.

(2) Hinsichtlich der am AKH Wien und am LKH Innsbruck tätigen vom RH ausgewählten TÄ/F, die bei der MedUni Wien bzw. der Med-Uni Innsbruck beschäftigt waren, fehlte ebenfalls eine Dokumentation der Evaluierungsgespräche mit den Ausbildungsverantwortlichen. Mitarbeitergespräche waren nur teilweise dokumentiert.

Für TILAK-TÄ/F waren gemäß Betriebsvereinbarung formalisierte Gespräche¹⁸¹ vorgesehen, die zu Beginn der Ausbildung, vor Ablauf des befristet abgeschlossenen ersten Ausbildungsjahres und ein halbes Jahr vor Ablauf des sechsten Ausbildungsjahres zu führen waren. Dazu konnten dem RH zu beispielhaft ausgewählten TÄ/F nur teilweise dokumentierte Ausbildungsgespräche¹⁸² vorgelegt werden.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Auch die überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten verfügten über keine Dokumentation der Evaluierungsgespräche. Mitarbeitergespräche waren erst ab 1. Jänner 2014 verbindlich vorgesehen.

- 40.2** Der RH erachtete das in der ÄAO verpflichtend vorgesehene Evaluierungsgespräch als zentrales Instrument der Lernfortschrittskontrolle im Rahmen der Ärzteausbildung. Er stellte kritisch fest, dass in keiner der von ihm überprüften Krankenanstalten eine Dokumentation über geführte Evaluierungsgespräche vorgelegt werden konnte.

In diesem Zusammenhang war aus seiner Sicht jedoch auch der Verweis auf das Mitarbeitergespräch in den Erläuterungen zur ÄAO unklar; er ließ offen, ob etwa für den Fall, dass insbesondere ein TÄ/F mehrere Jahre in einer Abteilung/Klinik tätig war, ein Evaluierungsgespräch auch im Rahmen eines Mitarbeitergesprächs geführt werden konnte. Hiezu stellte er kritisch fest, dass auch die Mitarbeitergespräche nicht immer lückenlos dokumentiert waren.

¹⁸¹ Im Zielvereinbarungsgespräch sollten neben der Festlegung eines individuellen Ausbildungsplans evaluierbare Lernziele pro Bereich (Stationen, Ambulanzen, OP) und die dort jeweils zu verbringende Zeitdauer bestimmt werden. Im ersten Jahr sollte nach einer Ziele-Evaluierung die Frage der persönlichen Eignung und der für das Fach sowie die Auswahl der Gegenfächer inklusive einer Mitarbeiterbeurteilung Inhalt des Ausbildungsgesprächs sein. In einem Abschlussgespräch sollte die Ausbildung gegenseitig reflektiert und zum Zweck der Qualitätssicherung der Ausbildung analysiert werden.

¹⁸² z.B. Innere Medizin I und V

Wenn sie auch die Evaluierungsgespräche zwischen den Ausbildungsverantwortlichen und den Turnusärzten nicht ersetzten, bewertete der RH die am AZW mit den TÄ/A regelmäßig geführten und dokumentierten Evaluierungsgespräche positiv; auch diese ermöglichten eine Qualitätskontrolle.

Der RH, der keinen inhaltlichen Zusammenhang sah, empfahl dem BMG, das Verhältnis zwischen Evaluierungsgespräch und Mitarbeitergespräch klarzustellen.

Dieser Klarstellung entsprechend empfahl er den Krankenanstalten-trägern bzw. den Medizinischen Universitäten, nachdrücklich darauf hinzuwirken, dass die Ausbildungsverantwortlichen die Evaluierungsgespräche regelmäßig und rechtzeitig (siehe TZ 38) führen sowie diese auch dokumentieren. Der RH empfahl ihnen weiters, Ablauf und zu behandelnde Themenbereiche der Evaluierungsgespräche (etwa in Form einer Richtlinie) einheitlich zu regeln. Zur Überprüfung der Einhaltung dieser Vorgaben wären geeignete Umsetzungs- und Kontrollmechanismen festzulegen.

40.3 *(1) Laut Stellungnahme des BMG würden Evaluierungsgespräche eine spezielle Auseinandersetzung mit der Entwicklung der Kompetenzen im Hinblick auf die Ausbildung vorsehen. Mitarbeitergespräche hingegen beruhten auf dem Dienstverhältnis und dienten einer Reflexion der damit zusammenhängenden Komponenten.*

(2) Die Stadt Wien teilte mit, dass die Überprüfung des datierten Evaluierungsgesprächs der Checkliste zur Überprüfung der Rasterzeugnisse hinzugefügt worden sei. Die Empfehlungen des RH seien bereits umgesetzt.

Die MedUni Wien teilte mit, dass in Umsetzung der Empfehlungen des RH die Evaluierungsgespräche bei der kommenden Überarbeitung des „Leitfadens für Führungskräfte und Mitarbeiterinnen zur Durchführung von Mitarbeiterinnengesprächen“ mitaufgenommen würden, wobei die Evaluierungsgespräche bei den Ärzten in Facharztausbildung sinnvollerweise in die Mitarbeitergespräche integriert würden. Im Leitfaden würden entsprechende Ergänzungen hinsichtlich Ablaufs, Themen und Dokumentation vorgenommen.

(3) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck laufe derzeit das Projekt „Mitarbeitergespräch mit ÄrztInnen“, in dem auch die Vorgaben bezüglich zeitlichen Ablaufs und Inhalte des ÄrzteG 1998 sowie der ÄAO 2015 berücksichtigt würden. Mit Beginn der neuen ÄAO würden die neuen bzw. überarbeiteten Formate eingeführt und

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

allen Ärzten elektronisch zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse der Gespräche würden einerseits im Rasterzeugnis festgehalten, andererseits in den entsprechenden Formularen. Die empfohlene Kontrolle, dass die Evaluierungsgespräche durchgeführt wurden, erfolge über das dafür implementierte IT-Tool. Eine inhaltliche Kontrolle, ob die vorgegebenen Themenbereiche auch tatsächlich behandelt wurden, könne nur stichprobenartig erfolgen. Für den Umgang mit den Ergebnissen aus der Evaluation werde ein hausinternes Procedere ausgearbeitet. Sobald eventuelle Vorgaben aus der ÄAO bzw. der ÖÄK vorlägen, würden auch diese in das Konzept Eingang finden.

(4) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich sei die Durchführung von Evaluierungsgesprächen und eine entsprechende Dokumentation durch die Ausbildungsverantwortlichen künftig vorgesehen und werde den Klinikleitungen und Primärärzten kommuniziert werden. Die Regelung über den Ablauf und die Inhalte der Evaluierungsgespräche sollten von der Ärztekammer analog der Ärztekammervorgabe für die Ausbildungskonzepte erstellt und zur Verfügung gestellt werden. Diese würden dann sobald diese verfügbar seien, umgesetzt werden. Stichprobenartige Überprüfungen durch die Abteilung „Revision“ der NÖ Landeskliniken-Holding seien in weiterer Folge geplant.

- 40.4** Der RH wies gegenüber dem BMG, den überprüften Krankenanstalten-trägern und den Medizinischen Universitäten auf seine Stellungnahmen zu den Entwürfen der ÄAO 2015 sowie der KEF und RZ VO 2015 hin. Betreffend die ÄAO 2015 hatte der RH in seiner Stellungnahme u.a. angeregt, das Ziel des Evaluierungsgesprächs in der ÄAO 2015 zu definieren, um dieses bspw. von einem regulären Mitarbeitergespräch abzugrenzen. Diese Anregung wurde in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 nicht berücksichtigt.

Wie unter TZ 38 ausgeführt, hatte der RH in seiner Stellungnahme zum Entwurf der KEF und RZ VO 2015 angeregt, die entsprechenden Zeitpunkte im Sinne des § 23 ÄAO 2015 auf den jeweiligen Rasterzeugnisformularen ausdrücklich anzuführen, um sicherzustellen, dass die Rasterzeugnisse ordnungsgemäß ausgestellt und die Evaluierungsgespräche, als zentrale Instrumente der Lernfortschrittskontrolle, zeitnah vor Ausstellung der Rasterzeugnisse geführt werden. Weiters hatte der RH in dieser Stellungnahme angeregt, zur Sicherstellung der Einhaltung der Dokumentationspflicht von Evaluierungsgesprächen (§ 22 ÄAO) durch den Ausbildungsverantwortlichen, in den (Muster) Rasterzeugnissen bzw. in den Rasterzeugnisformularen die Beilage eines entsprechenden Nachweises vorzusehen.



Qualitätssicherung der Ärzteausbildung



Ärzteausbildung

Darüber hinaus wies der RH das BMG, die Stadt Wien und die Med-Uni Wien sowie die TILAK und die MedUni Innsbruck auf die Anregung des Landes Niederösterreich hin, dass die ÖÄK Vorgaben zur Abhaltung von Evaluierungsgesprächen erstellen sollte. Aus Sicht des RH wären solche – gemeinsam mit dem BMG erstellten – Vorgaben zweckmäßig, um im Sinne der Qualitätssicherung österreichweit eine einheitliche Vorgangsweise sicherzustellen.

Der RH anerkannte die Maßnahmen der Stadt Wien und der Med-Uni Wien sowie der TILAK und der MedUni Innsbruck. Er wies sie weiters auf die Ausführungen des BMG zum Unterschied zwischen Evaluierungs- und Mitarbeitergespräch hin und betonte das unbedingte Erfordernis einer – zumindest inhaltlichen – strikten Trennung dieser beiden Instrumente; das Evaluierungsgespräch diene der ärztlichen Ausbildung und war ein wesentliches Instrument der Lernfortschrittskontrolle. Im Sinne der Qualitätssicherung wiederholte der RH gegenüber der Stadt Wien und der MedUni Wien darüber hinaus seine Empfehlung nach geeigneten Umsetzungs- und Kontrollmechanismen zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben für Evaluierungsgespräche.

Auch das Land Niederösterreich wies der RH auf die Ausführungen des BMG betreffend Unterschied zwischen Evaluierungs- und Mitarbeitergespräch hin. Bis zum Vorliegen etwaiger Vorgaben durch das BMG bzw. die ÖÄK wiederholte der RH dem Land Niederösterreich gegenüber seine Empfehlung, Ablauf, zu behandelnde Themenbereiche der Evaluierungsgespräche sowie geeignete Umsetzungs- und Kontrollmechanismen zu definieren, um im Sinne der Qualitätssicherung in allen niederösterreichischen Landeskliniken eine einheitliche Vorgangsweise sicherzustellen.

Facharztanwesenheit

41.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt die gesetzlichen Anforderungen gemäß KAKuG¹⁸³ an die Ausgestaltung des ärztlichen Dienstes in den verschiedenen Versorgungsstufen:

¹⁸³ § 8 Abs. 1 KAKuG

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

Tabelle 17: Vorgaben des KAKuG hinsichtlich der Facharztanwesenheit		
	Tagdienst	Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst
Zentralkrankenanstalt ¹	uneingeschränkte Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer	
Schwerpunktkrankenanstalt ²	jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend	
		im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst kann von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist
Standardkrankenanstalt ³	Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer dauernd anwesend	jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Unfallchirurgie zu gewährleisten sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer

¹ z.B. AKH Wien, LKH Innsbruck
² z.B. Standort St. Pölten
³ z.B. Standorte Gmünd, Waidhofen, Zwettl, Lilienfeld
Quelle: KAKuG

Aufgrund dieser rechtlichen Vorgaben war in Standardkrankenanstalten nach § 8 Abs. 1 Z 4 KAKuG nur im Tagdienst eine ständige Facharztpräsenz in allen Abteilungen bzw. Organisationseinheiten erforderlich. Im Nachtdienst (und im Wochenend- und Feiertagsdienst) hingegen musste lediglich eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen anwesenden Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin oder für Chirurgie oder für Innere Medizin oder für Unfallchirurgie, bei gleichzeitiger Rufbereitschaft von Fachärzten der anderen Sonderfächer, gewährleistet sein.

Wenn krankenanstaltenrechtlich keine dauernde Facharztanwesenheit erforderlich, sondern eine Rufbereitschaft ausreichend war, erlaubte § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 eine vorübergehende Tätigkeit von Turnusärzten auch ohne Aufsicht eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes, dies allerdings nur sofern:

- sich die Tätigkeit auf eine Abteilung oder eine sonstige Organisationseinheit beschränkte,
- die Turnusärzte im betreffenden Sonderfach bereits hinreichend ausgebildet worden waren und
- über die für ein vorübergehendes Tätigwerden ohne Aufsicht entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügten.

Damit bestand grundsätzlich die Möglichkeit, Turnusärzte für Nacht- und Wochenenddienste an einer Abteilung einzuteilen, auch wenn ein für die Ausbildung verantwortlicher Facharzt nicht anwesend, sondern lediglich in Rufbereitschaft war. Allerdings hing dies immer vom entsprechenden Ausbildungsstand des jeweiligen Turnusarztes ab.

Hierzu stellten die erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage der 14. ÄrzteG-Novelle im Jahr 2010, mit der § 3 Abs. 3 Satz 2 ÄrzteG 1998 umformuliert worden war, klar, dass im Regelfall für eine solche vorübergehende Tätigkeit ohne Aufsicht die Absolvierung der Hälfte der vorgeschriebenen Ausbildungszeit zu verlangen sein werde; dabei habe jedenfalls gesichert zu sein, dass der Turnusarzt über die geforderten Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten verfüge. Daher könne diese Regelung nur bei TÄ/F zum Tragen kommen.

Diese Klarstellung war vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Regelung des § 3 Abs. 3 Satz 2 ÄrzteG 1998 insofern im Widerspruch zum allgemeinen ärztlichen Berufsrecht¹⁸⁴ stand, als sie Tätigkeiten im Rahmen von Wochenend- und Nachtdiensten erlaubte, die an Werktagen verboten waren.

(2) Dieses Spannungsverhältnis war auch für den einzelnen Krankenanstaltenträger von besonderer Bedeutung, weil diesen eine auf dem zivilrechtlichen Behandlungsvertrag mit dem Patienten begründete Pflicht trifft, sicherzustellen, dass die personellen und sachlichen Ressourcen seiner Krankenanstalt einen gewissen Behandlungsstandard (vgl. auch § 8 Abs. 2 KAKuG) gewährleisten.¹⁸⁵ Von der Möglichkeit, auf die Anwesenheit eines Facharztes zugunsten einer Rufbereitschaft zu verzichten, durfte ein Träger demnach nur Gebrauch machen, wenn

¹⁸⁴ § 3 Abs. 3 Satz 1 ÄrzteG 1998 sah für Turnusärzte nur eine unselbstständige Tätigkeit unter fachärztlicher Anleitung und Aufsicht vor.

¹⁸⁵ OGH 9. September 1986, 2 Ob 599/85, siehe auch JBl 1987, 104 (106): „sachgemäße, daher aber von dem Gesetz entsprechend ausgebildeten und erfahrenen Ärzten vorzunehmende, Heilbehandlung“

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

entsprechend qualifizierte Turnusärzte vorhanden waren, die im Nachdienst vorübergehend auch ohne Aufsicht tätig werden konnten.¹⁸⁶

Zwar war für die konkrete Umsetzung bei der Organisation des ärztlichen Dienstes der jeweilige ärztliche Leiter einer Krankenanstalt verantwortlich,¹⁸⁷ ein Organisationsverschulden trifft den Träger in diesem Zusammenhang aber dennoch, wenn er keine ausreichenden Rahmenvorgaben für die Kontrolle der Qualifikation der ohne Aufsicht eingesetzten Turnusärzte vorgibt oder die Auswahlentscheidungen des Ausbildungsverantwortlichen nicht einmal stichprobenartig kontrolliert.¹⁸⁸

(3) Eine Analyse der Dienstpläne der Kliniken bzw. Abteilungen für Innere Medizin für den März 2014 zeigte, dass sich die Träger bzw. die Ärztlichen Leiter der überprüften Krankenanstalten dieser Verantwortung bewusst waren. Sie ergab, dass das krankenanstaltenrechtliche Erfordernis der Anwesenheit eines Facharztes an allen überprüften Abteilungen für Innere Medizin erfüllt war.

(4) Das neue ÄrzteG sah sowohl in § 7 Abs. 3 als auch in § 8 Abs. 2¹⁸⁹ nunmehr auch die Möglichkeit vor, Turnusärzte, die bereits die neunmonatige Basisausbildung abgeschlossen hatten, außerhalb der Kernausbildungszeit für eine abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeit einzusetzen.¹⁹⁰

Dafür galten allerdings strenge Voraussetzungen: So durften von den Turnusärzten ausschließlich Tätigkeiten ausgeübt werden, die den im Rahmen der Basisausbildung erworbenen Kompetenzen entsprachen.¹⁹¹ Auch hatte deshalb zu jedem Zeitpunkt ein fachlich verantwortlicher Arzt am jeweiligen Standort der Krankenanstalt zur Verfügung zu ste-

¹⁸⁶ Zahlr. ÖÄZ. 1997/18 vom 25. September 1997, S. 40 (41).

¹⁸⁷ Er hat die Dienstpläne speziell außerhalb der Kernarbeitszeit und im Fall von Rufbereitschaft so zu gestalten, dass Patienten nicht durch den Einsatz unzureichend qualifizierter Ärzte Schaden nehmen. Wimmer, Rechtsfragen im Turnusarztverhältnis, 2000, S. 75.

¹⁸⁸ ebenda, S. 76

¹⁸⁹ Diese Bestimmungen waren im Begutachtungsentwurf noch nicht, sondern erst in der endgültigen Regierungsvorlage enthalten und daher auch nicht Gegenstand der Stellungnahme des RH.

¹⁹⁰ Die Gesamtzahl der auf den einzelnen Turnusarzt entfallenden Betten durfte bei Tätigwerden in zwei Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten 60, bei Tätigwerden in drei Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten 45 nicht überschreiten. Eine abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeit in Ambulanzen war unzulässig.

¹⁹¹ Durch organisatorische Maßnahmen war darüber hinaus sicherzustellen, dass die sich aus dieser Tätigkeit ergebenden qualitativen und quantitativen Anforderungen an die Turnusärzte sowie an deren Ausbildungsziele verhältnismäßig sind.

hen, wodurch eine Rufbereitschaft des zuständigen Facharztes, wie sie § 3 Abs. 3 Satz 2 ÄrzteG 1998 ermöglichte, in diesem Fall ausgeschlossen war.

- 41.2** Der RH beurteilte positiv, dass das krankenanstaltenrechtliche Erfordernis der Anwesenheit eines Facharztes an allen überprüften Abteilungen für Innere Medizin erfüllt war.

Zu der nunmehr im novellierten ÄrzteG 1998 verankerten Möglichkeit einer abteilungsübergreifenden Tätigkeit von Turnusärzten außerhalb der Kernausbildungszeit vertrat der RH die Auffassung, dass insbesondere in Nachtdiensten auch mit komplexen medizinischen Situationen zu rechnen war, die einen – noch dazu „fachfremden“ – Turnusarzt überfordern könnten, zumindest aber einer Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bedurften. Er beurteilte daher die Bedingung positiv, wonach Turnusärzte nur dann abteilungsübergreifend eingesetzt werden durften, wenn zu jedem Zeitpunkt ein fachlich verantwortlicher Arzt am jeweiligen Standort der Krankenanstalt zur Verfügung stand.

Den Krankenanstaltenträgern empfahl der RH in diesem Zusammenhang, mit organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen, dass der verantwortliche Facharzt bei Bedarf zumindest die Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 auch tatsächlich ohne Verzögerung übernehmen kann.

- 41.3** (1) Die Stadt Wien wies darauf hin, dass im AKH Wien als Zentral-
krankenanstalt eine uneingeschränkte Anwesenheit von Fachärzten in
allen in Betracht kommenden Sonderfächern gegeben sei.

(2) Das Land Niederösterreich teilte mit, dass Turnusärztepooledienste
nur dann vorgesehen würden, wenn Facharztanwesenheitsdienste ein-
gerichtet seien. Sofern Facharzttrufbereitschaften bestünden, würden
Turnusärzte nicht abteilungsübergreifend eingesetzt.

Evaluierungen durch
die Träger bzw. die
überprüften Kranken-
anstalten

- 42.1** Der RH überprüfte auch die Evaluierungsmaßnahmen der überprüften
Träger bzw. Krankenanstalten im Hinblick auf die Ärzteausbildung:

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

AKH Wien und LKH Innsbruck

(1) Das AKH Wien führte bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Evaluierung der Ärzteausbildung für die gesamte Krankenanstalt durch. Der vorgelegte Entwurf (TZ 20) sah regelmäßige Audits zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben sowie eine Evaluierung der Zufriedenheit der TÄ/F alle zwei Jahre vor; nicht zufriedenstellende Ergebnisse sollten eine Maßnahmenvereinbarung zwischen dem Ausbildungsverantwortlichen und dem Ärztlichen Direktor zur Folge haben.

(2) Das LKH Innsbruck führte im Frühjahr 2014 eine Online-Umfrage im Auftrag der Ärztlichen Direktion¹⁹² – abgestimmt mit der Med-Uni Innsbruck und dem AZW – mit dem Ziel durch, die Ausbildung der Ärzte¹⁹³ am LKH Innsbruck im Sinne einer internen qualitätssichernden Maßnahme zu evaluieren und Optimierungspotenziale zu identifizieren.¹⁹⁴

Geplant war, dass jeder Klinikdirektor die seinen Bereich betreffenden Freitext-Rückmeldungen sowie den anonymisierten Bewertungsteil erhielt. Auf Basis der vom AZW mit den Klinik-Direktoren in der Folge geführten Gespräche sollten „best practice-Beispiele“ sowie besondere Anforderungen identifiziert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Der Betriebsrat der MedUni Innsbruck stimmte – bezogen auf die Turnusärzte der MedUni Innsbruck – dieser Vorgangsweise allerdings nicht zu. Obwohl sich dadurch die weitere Umsetzung für das LKH Innsbruck – im Hinblick auf die Wahrung der Anonymität wegen der geringeren Zahl an verwertbaren Antworten (nämlich nur jener der TILAK-Turnusärzte) – schwieriger gestaltete, waren auch weitere Evaluierungen vorgesehen. Darüber hinaus war auch eine Evaluierung der künftigen Basisausbildung geplant.

¹⁹² unter Freigabe der TILAK

¹⁹³ sowohl zum Allgemeinmediziner als auch zum Facharzt

¹⁹⁴ Auslöser, das Ausbildungsthema in strukturierter und umfassender Form vertiefend abzufragen, war die anlässlich der „LandesärztlInnenumfrage Arbeitsplatzzufriedenheit“ aus dem Jahr 2013 aus den Freitextantworten hervorgegangene Unzufriedenheit der TÄ/A und TÄ/F mit einzelnen Aspekten der Ärzteausbildung.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Am Standort Waidhofen wurde 2012 ein Evaluierungsprojekt für die TÄ/A-Ausbildung extern begleitet; als Folge wurden u.a. die Turnusärzte durch Übernahme von Tätigkeiten des mitverantwortlichen Bereichs durch das diplomierte Pflegepersonal entlastet (TZ 36) oder ein Ausbildungskonzept erstellt (TZ 26). Im LK St. Pölten/Lilienfeld sowie an den Standorten Gmünd und Zwettl fanden keine Ausbildungs-evaluierungen statt.

(2) Für andere als die vom RH überprüften Krankenanstalten beauftragte die NÖ Landeskliniken-Holding¹⁹⁵ eine Fachhochschule, Potenziale für eine Delegation und Umverteilung von Aufgaben zur Entlastung der Turnusärzte zu erheben (Herbst 2011 bis Februar 2013); an zwei Krankenanstalten wurde zusätzlich auch die Arbeitszufriedenheit der Turnusärzte erhoben.

Damit wurde auf die von Turnusärzten und Spitalsärztevertretern wiederholt geäußerte Kritik reagiert, dass zu viele administrative Tätigkeiten eine zufriedenstellende TÄ/A-Ausbildung behinderten.¹⁹⁶ In der Folge wurden von den evaluierten Krankenanstalten konkrete Maßnahmen gesetzt (z.B. wöchentliche „case reports“ der TÄ/A oder Führen und Begleiten eines Patienten durch die gesamte Diagnostik und Therapie etc.) bzw. diese den anderen Krankenanstalten mitgeteilt.

- 42.2** Der RH wertete die in den überprüften Krankenanstalten bzw. von deren Trägern durchgeführten bzw. geplanten Evaluierungen positiv; kritisch sah er, dass das AKH Wien bis zur Zeit der Gebärungsüberprüfung keine Evaluierung der Ärzteausbildung für die gesamte Krankenanstalt durchgeführt hatte. Aus seiner Sicht waren regelmäßige Erhebungen und Auswertungen der Ausbildungsqualität notwendig, um Verbesserungspotenziale identifizieren und zeitnah entsprechende Maßnahmen setzen zu können.

¹⁹⁵ Abteilung für medizinische und pflegerische Betriebsunterstützung

¹⁹⁶ So wurde an jeweils einer Krankenanstalt (Krems, Horn, Baden-Mödling, Mistelbach, Scheibbs) einer Region eine Zeitmessung der Turnusärztetätigkeit inklusive einer Re-Evaluierung an einer dieser Krankenanstalten im Zeitraum vom Herbst 2011 bis Februar 2013 durchgeführt. Mit dem Ziel etwaige Ausbildungsprobleme, Defizite und deren Ursachen zu eruieren, wurde an zwei Krankenanstalten (Krems und Horn) auch die Ausbildungszufriedenheit der Turnusärzte von besagter Fachhochschule im Auftrag der NÖ Landeskliniken-Holding erhoben.

Ange-sichts der Ähnlichkeit der Ergebnisse der untersuchten Krankenanstalten wurde von einer Ausweitung der Evaluierung auf weitere Landeskliniken aufgrund des administrativen und finanziellen Aufwands Abstand genommen.

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

Dem AKH Wien empfahl der RH daher, die geplanten Evaluierungen gemeinsam mit der MedUni Wien zügig umzusetzen; dabei erachtete der RH auch folgende Faktoren als wesentlich:

- Einbeziehung von Ausbildungsverantwortlichen und Turnusärzten in den gesamten Evaluierungsprozess, um eine größtmögliche Akzeptanz sicherzustellen,
- Transparenz der Ergebnisse gegenüber den Betroffenen sowie
- Begleitung und Kontrolle des Verbesserungsprozesses z.B. durch das Qualitätsmanagement.

Den anderen überprüften Trägern bzw. Krankenanstalten empfahl der RH – beim LKH Innsbruck idealerweise gemeinsam mit der MedUni Innsbruck –, regelmäßige Evaluierungen der Ärzteausbildung durchzuführen und einen zweckmäßigen Umsetzungsmechanismus zu etablieren. Allen überprüften Trägern bzw. Krankenanstalten empfahl er, auch Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder aufzunehmen.

42.3 *(1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlung zu. Sie teilten mit, dass innerhalb der vorgelegten Grundstruktur für die zukünftige Ärzteausbildung bereits Audits und Evaluierungsgespräche dargestellt seien. Die Details der Evaluierung und insbesondere auch die Sicherstellung eines validen Fragenkatalogs würden innerhalb des neuen Gremiums für die Ärzteausbildung festgelegt. Geplant sei jedenfalls eine regelmäßige Evaluierung einschließlich Maßnahmenvereinbarung. Die Einbeziehung sowohl der Auszubildenden als auch der Auszubildenden sei ebenfalls bereits im Entwurf dargestellt; überdies würden darin Fragen zu den didaktischen führungstechnischen Kompetenzen der Ausbildung aufgenommen. Die MedUni Wien teilte ergänzend mit, dass die Evaluierungsergebnisse transparent darzustellen und den Betroffenen zur Verfügung zu stellen sowie die Umsetzung des Maßnahmenkataloges zu begleiten sein würden. Die Stadt Wien wies im Übrigen darauf hin, dass die MedUni Wien eine im Jahr 2010 geplante Evaluierung abgelehnt hätte.*

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck würden die vorhandenen Evaluierungsinstrumente und Feedbackschlaufen angepasst. Nicht zufriedenstellende Ergebnisse und Nichteinhalten müssten nach der Identifikation mit entsprechenden Maßnahmen (Konzept mit Maßnahmenkatalog wird in Auftrag gegeben) verbessert werden. Auch zu didaktischen und führungstechnischen Fortbildungen gebe es bereits ein Projekt.

(3) Laut Mitteilung des Landes Niederösterreich würde die regelmäßige Evaluierung der Ärzteausbildung im Rahmen der Zertifizierungen und Rezertifizierungen durch die Ärztekammer durchgeführt. Die führungs-technischen Kompetenzen seien Inhalte des Leadershipprogramms und der Führungskräfteentwicklung der niederösterreichischen Landeskliniken und würden bei Neubesetzungen von Abteilungsleitungen sehr prominent gewichtet.

- 42.4** Der RH entgegnete dem Land Niederösterreich, dass laufende Evaluierungen der Ärzteausbildung durch die Krankenanstaltenträger bzw. die Krankenanstalten notwendig waren, um die Ausbildungsqualität kontinuierlich sicherzustellen, zeitnah notwendige Maßnahmen setzen und die Ausbildungsverantwortung umfassend wahrnehmen zu können. Der RH verblieb daher – unabhängig von den Evaluierungen durch die Ärztekammern – bei seiner Empfehlung nach regelmäßigen Evaluierungen durch die Krankenanstalten bzw. die Träger selbst und die Etablierung eines zweckmäßigen Umsetzungsmechanismus.

Ausbildungskontrolle durch die ÖÄK

- 43.1** (1) Bis Ende 2009 war die Überprüfung der Qualität der Ausbildung von Ärzten in anerkannten Ausbildungsstätten durch Visitationen an Ort und Stelle in der Zuständigkeit der in den Landesärztekammern eingerichteten Ausbildungskommissionen gelegen, die dabei nach einer von der ÖÄK im Jahr 2006 per Verordnung festgelegten Richtlinie vorzugehen hatten.¹⁹⁷

(2) Allerdings wurden die Ausbildungskommissionen in den Landesärztekammern 2009 im Zuge einer Anpassung der im ÄrzteG 1998 verankerten Kammerordnung¹⁹⁸ abgeschafft und zu beratenden Ausschüsse für länderspezifische Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Qualitätssicherung umgewandelt.¹⁹⁹ Seither war daher

¹⁹⁷ Richtlinie zur Durchführung von Visitationen von Ausbildungsstätten am 23./24. Juni 2006 auf Grundlage der damaligen §§ 82 Abs. 4 und 118 Abs. 2 Z 14 ÄrzteG 1998 von der Vollversammlung der ÖÄK beschlossen und am 10. Oktober 2006 in Kraft getreten

¹⁹⁸ Die in der 13. ÄrzteG-Novelle (BGBl. I Nr. 144/2009) enthaltenen Änderungen waren notwendig geworden, weil zwischenzeitlich (BGBl. I Nr. 2/2008) mit Art. 120b B-VG eine neue Verfassungsbestimmung eingeführt worden war, wonach die Aufgaben eines Selbstverwaltungskörpers per Gesetz zum eigenen und zum übertragenen Wirkungsbereich zuzuordnen und eine Weisungsbindung für die Besorgung der Aufgaben im übertragenen Wirkungsbereich zu normieren waren.

¹⁹⁹ Laut den erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage (467 der Beilagen XXIV. GP) war die Übertragung von Aufgaben des Gesundheitswesens (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) auf die Ärztekammern in den Bundesländern, die im Rahmen der Landesvollziehung (aufgrund des Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG) eingerichtet sind, mit dem Grundsatz der Trennung der Vollziehungsbereiche von Bund und Ländern unvereinbar. Vergleiche dazu auch VfGH in VfSlg 4413/1963.

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

allein die Ausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer für die Durchführung von Visitationen zuständig (§ 128a Abs. 5 Z 3 ÄrzteG 1998). Sie konnte sich dabei aber gegebenenfalls von den beratenden Ausschüssen in den Landesärztekammern unterstützen lassen.

Die 2006 mit Verordnung erlassene Richtlinie zur Durchführung von Visitationen von Ausbildungsstätten entsprach damit nicht mehr den Anforderungen des im Jahr 2009 novellierten ÄrzteG 1998. Diese war aber seither auch nicht novelliert oder ersetzt worden, obwohl der ÖÄK die Erlassung einer Verordnung über die von ihr durchzuführenden Visitationen im übertragenen Wirkungsbereich oblag (§ 117c Abs. 2 Z 9). Damit fehlte eine den aktuellen Rechtsgrundlagen entsprechende Festlegung der erforderlichen Verfahrensschritte für eine Visitation an anerkannten Ausbildungsstätten in einer Verordnung. Zwar erarbeitete die ÖÄK eine Anpassung der alten Richtlinie, diese trat aber – mangels eines gültigen Beschlusses in der Vollversammlung – nie in Geltung.

Dies hatte zur Folge, dass – seit der ÖÄK die Kompetenz zur Durchführung von Visitationen im ÄrzteG 1998 übertragen wurde – keine externe Kontrolle der Ärzteausbildung vor Ort an den Ausbildungsstätten in Form von Visitationen mehr stattgefunden hatte.

(3) Im Zuge der Novellierung des ÄrzteG 1998 im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung NEU wurde eine neue Regelung (vgl. § 13a) eingeführt, wonach die ÖÄK die Voraussetzungen der Anerkennung anhand der von der Kommission für die ärztliche Ausbildung²⁰⁰ festgelegten Kriterien laufend zu evaluieren hat. Die Evaluierungsergebnisse sollen als Basis für die Verfahren zur Verlängerung der Anerkennung als Ausbildungsstätte nach sieben Jahren dienen.

- 43.2** Der RH kritisierte, dass die Ausbildungskommission der ÖÄK die Qualität der Ausbildung von Ärzten in anerkannten Ausbildungsstätten nicht – wie gesetzlich vorgesehen – im Rahmen von Visitationen überprüfte, wodurch seit rund fünf Jahren jegliche hoheitliche Ausbildungskontrolle vor Ort fehlte.

Eine den aktuellen Rechtsgrundlagen entsprechende Verordnung über die Visitation, deren Erlassung der ÖÄK im übertragenen Wirkungsbereich oblag, war nicht vorhanden.

²⁰⁰ Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 199/2013

Der RH empfahl dem BMG, raschestmöglich auf die Schaffung von Standards und Regeln für Visitationen durch die ÖÄK hinzuwirken, um eine regelmäßige und bundesweit einheitliche Vor-Ort-Kontrolle der Ausbildungsqualität zu gewährleisten. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass im neuen ÄrzteG laufende Evaluierungen im Zusammenhang mit der nur mehr auf sieben Jahre befristet ausgesprochenen Anerkennung von Ausbildungsstätten vorgesehen waren.

43.3 *Das BMG teilte mit, dass – nach Erlassung der ÄAO 2015 sowie der KEF und RZ VO 2015 – in weiterer Folge die Erarbeitung und Erlassung einer Visitations-Richtlinie durch die ÖÄK unter entsprechender Einbeziehung des BMG zu erfolgen habe.*

Evaluierungen durch
die Ärztekammer

44.1 (1) Im Rahmen der Ärztekammern wurden insbesondere folgende Evaluierungen der Ärzteausbildung durchgeführt:

Evaluierung der allgemeinmedizinischen Ausbildung

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin²⁰¹ führte seit August 2011²⁰² für die ÖÄK kontinuierlich eine österreichweite²⁰³ Evaluierung der TÄ/A-Ausbildung durch. Die Befragung erfolgte über einen Online-Fragebogen²⁰⁴. Mit dem System der kontinuierlichen Bewertung sollten möglichst alle Abteilungen und Ausbildungsabschnitte abgedeckt werden. Die Rücklaufquote betrug sowohl im Jahr 2012 als auch im Jahr 2013 rd. 44 %.

Ziel der Evaluierung war, konkrete Verbesserungspotenziale aufzuzeigen. Aufgrund der länderspezifischen Auswertungen verfügten die Ärztekammern der Länder über die Ergebnisse der einzelnen Krankenanstaltenabteilungen. Nach Angaben der überprüften Krankenanstalten bzw. Träger wurden die konkreten Informationen aber in der Regel nicht an die betroffenen Abteilungen und an die Ärztlichen Direktoren der einzelnen Krankenanstalten bzw. die Träger weiterge-

²⁰¹ Organisation der Ärztekammer für Oberösterreich im Bereich medizinischer Qualitätssicherung

²⁰² Drei-Jahresprojekt bis Herbst 2014 mit zwei Zwischenberichten

²⁰³ Die Evaluierung erfolgt nach einer österreichweit einheitlichen Methodik. Dadurch stehen für die Interpretation der Ergebnisse Vergleiche auf Bundes- und Landesebene zur Verfügung.

²⁰⁴ Die Befragung erfolgt über einen Online-Fragebogen, erstellt auf Basis bereits erprobter Fragebögen und der inhaltlichen Expertise durch die Turnusärztevertreter. Um sicherzustellen, dass eine Abteilung von jedem Turnusarzt nur einmal bewertet werden kann, werden jeweils individuelle Zugangslinks generiert und per E-Mail verschickt.

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

geben. Veröffentlicht und ausgezeichnet wurden meist²⁰⁵ nur die fünf besten Abteilungen je Bundesland.

Evaluierung der Facharztausbildung

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin führte weiters im Auftrag der Ärztekammer für Wien im Herbst 2013 eine Evaluierung der Facharztausbildung an der MedUni Wien als Online-Befragung durch. Die Rücklaufquote betrug insgesamt 42,6 %. Dieser Auswertungsbericht wurde ins Internet gestellt und war somit allen zugänglich. Die MedUni Wien bezweifelte allerdings die Validität diese Studie (z.B. aufgrund der Art der Fragestellungen).

Auf Ebene der Universitätskliniken für Innere Medizin wurden in der Folge zum Teil Maßnahmen geplant (u.a. häufigere Übertragung eigenständiger Tätigkeiten²⁰⁶ oder Einsatz eigener Facharzt-Kontroll-Oberärzte sowie Vorgaben wie im Klinisch-Praktischen Jahr).

(2) In der Schweiz führte das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich seit 2003 jährlich mittels Fragebogens freiwillige Befragungen der Ausbildungsärzte zur Evaluierung der Ausbildungsstätten durch (Rücklaufquote im Jahr 2013: 69 %). Die Ergebnisse waren im Internet abrufbar.²⁰⁷ Dabei konnten Vergleiche mit dem Benchmark sowie mit dem Vorjahresergebnis der Ausbildungsstätte/der Ausbilder gezogen werden. Zusätzlich erhielten die Abteilungsleiter eine Rückmeldung in Form zusammengefasster Daten (Mittelwerte, bei mehr als vier ausgefüllten Fragebogen auch Minimum und Maximum).

Ein Vergleich der Fragebögen ergab u.a., dass der Schweizer Fragebogen mehr und konkretere Fragestellungen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder enthielt als die österreichischen Fragebögen.

²⁰⁵ In ihrer Zeitschrift „Mitteilungen der Ärztekammer für Tirol“ veröffentlichte diese auch die beiden am schlechtesten bewerteten Abteilungen von Tirol.

²⁰⁶ mitverantwortliche Visiten mit Niederschrift, selbstständige Führung von Patienten/Zimmer, Therapieentscheidungen, Bettenvergabe, jeder TÄ/F muss alle Patienten kennen

²⁰⁷ <http://www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung/allgemein/weiterbildungsqualitaet/auswertung-2013.html>

- 44.2** Der RH wertete externe Evaluierungen der Ärzteausbildung im Sinne der Qualitätssicherung grundsätzlich positiv. Er stellte aber kritisch fest, dass aufgrund der meist fehlenden Offenlegung der konkreten Ergebnisse der Auswertungsberichte über die TÄ/A-Ausbildung gegenüber den betroffenen Abteilungen und Krankenanstaltenleitungen bzw. Trägern entsprechende Maßnahmen kaum möglich waren.

Der RH empfahl dem BMG – auch im Hinblick auf die nach dem neuen ÄrzteG durchzuführenden Evaluierungen der Ausbildungsstätten – darauf hinzuwirken, dass der Umgang mit den Auswertungsergebnissen transparenter gestaltet wird. Die Krankenanstaltenträger und die Ärztlichen Leiter sollten über das gesamte Ergebnis verfügen, um gemeinsam mit ihren jeweiligen Abteilungsleitern bzw. Klinikvorständen Verbesserungspotenziale identifizieren und gezielt Maßnahmen setzen zu können.

Der RH empfahl dem BMG weiters, darauf hinzuwirken, dass vermehrt konkrete Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder in die Evaluierungsfragebögen aufgenommen werden.

- 44.3** *Das BMG teilte mit, dass im Rahmen der vorgesehenen Evaluierung bei der Rezertifizierung von Ausbildungsstätten (§ 13a ÄrzteG 1998) auch die Ausbildungsqualität eine Rolle spielen werde. Zur Frage der didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder sei in Aussicht genommen, die Kommission für die ärztliche Ausbildung zu befassen.*

- 44.4** Der RH hielt fest, dass aus seiner Sicht sowohl das Anerkennungs- als auch das Rezertifizierungsverfahren von Ausbildungsstätten dazu dienen, die Qualität der Ärzteausbildung umfassend sicherzustellen. Er wiederholte seine Empfehlung nach einem transparenteren Umgang mit Evaluierungsergebnissen, um den Krankenanstaltenträgern und den Ärztlichen Leitern zu ermöglichen, gemeinsam mit ihren jeweiligen Abteilungsleitern bzw. Klinikvorständen Verbesserungspotenziale identifizieren und gezielt Maßnahmen setzen zu können.

Arbeitszeiten von Turnusärzten

Allgemeines

- 45 Für die Arbeitszeit von Turnusärzten gab es gesetzlich vorgegebene Ober- und Untergrenzen. Im KA-AZG²⁰⁸ waren Höchstarbeitszeiten festgelegt. Auch das Arbeitsruhegesetz²⁰⁹ begrenzte die Arbeitszeit insoweit, als z.B. für einen Wochenenddienst jedenfalls ein Wochentag freizunehmen war, um die vorgegebenen Ruhezeiten einzuhalten. Das ÄrzteG 1998²¹⁰ enthielt Mindestanwesenheitszeiten für Turnusärzte.

Höchstarbeitszeiten

Rechtsgrundlagen

- 46 (1) Die in Krankenanstalten beschäftigten Ärzte hatten nach dem Arbeitsruhegesetz einen Anspruch auf eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 36 Stunden pro Woche. Ihre wöchentliche Arbeitszeit war daher insoweit begrenzt, als z.B. für einen Wochenenddienst jedenfalls ein Wochentag frei zu nehmen war, um die Vorgabe des Arbeitsruhegesetzes zu erfüllen.

(2) Das KA-AZG begrenzte die Tagesarbeitszeit grundsätzlich mit maximal 13 Stunden und die Wochenarbeitszeit grundsätzlich mit durchschnittlich 48 Stunden (§ 3 Abs. 1 und 2 KA-AZG). Durch Abschluss einer entsprechenden Arbeitszeit-Betriebsvereinbarung war es jedoch möglich, diese Grenzen auf bis zu 49 Stunden für einen verlängerten Dienst bzw. 72 Stunden Wochenarbeitszeit auszudehnen (§ 4 Abs. 4 KA-AZG), sofern dies aus wichtigen organisatorischen Gründen unbedingt notwendig war und die Ärzte während der Arbeitszeit nicht durchgehend in Anspruch genommen wurden (§ 4 Abs. 1 KA-AZG).

Im Gegensatz dazu normierte die EU-Arbeitszeitrichtlinie²¹¹ für in Krankenanstalten beschäftigte Ärzte eine zwingende wöchentliche Höchstarbeitszeitgrenze von durchschnittlich 48 Stunden innerhalb des Durchrechnungszeitraums. Auf diese Grenze war laut EuGH²¹² auch die Arbeitsbereitschaft während eines Nachtdienstes im Spital in

²⁰⁸ BGBl. I Nr. 8/1997 i.d.g.F.

²⁰⁹ BGBl. Nr. 144/1983 i.d.g.F.

²¹⁰ Gleichlautende Bestimmungen in § 9 Abs. 6 für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, § 10 Abs. 7 für die Ausbildung zum Facharzt, § 11 Abs. 6 für die spezielle Ausbildung auf einem Teilgebiet des Sonderfaches und § 13 Abs. 6 für die Ausbildung in Lehrambulatorien

²¹¹ Richtlinie 2003/88/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung, ABl Nr. L 299 vom 18. November 2003, S. 0009 – 0019

²¹² siehe dazu bspw. das Grundsatzurteil vom 3. Oktober 2000, Rs. C-303/98 (SIMAP)

vollem Umfang anzurechnen, selbst wenn der Arzt in dieser Zeit nicht durchgehend in Anspruch genommen wurde.²¹³

Die Europäische Kommission hatte die ordnungsgemäße Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie durch das österreichische KA-AZG in Zweifel gezogen und die österreichische Bundesregierung im Februar 2014 in einem Mahnschreiben aufgefordert, einen Vorschlag zur Reduzierung der Arbeitszeit der Ärzte vorzulegen.²¹⁴ Vor diesem Hintergrund wurde das KA-AZG im Herbst 2014 novelliert und eine schrittweise Senkung der Arbeitszeiten von den bisher erlaubten 72 Stunden pro Woche auf 60 Stunden ab 2015, 55 Stunden ab 2018 und letztendlich 48 Stunden ab Mitte 2021 beschlossen.

Das KA-AZG beschränkte auch die Zahl der pro Monat erbringbaren verlängerten Dienste auf sechs bzw. bei entsprechender Regelung im Rahmen einer Betriebsvereinbarung auf acht Dienste (§ 4 Abs. 5 KA-AZG). Ein verlängerter Dienst, der mehr als 32 Stunden umfasste, war für diese Berechnung wie zwei Dienste zu zählen.

Arbeitszeit-Betriebsvereinbarungen

- 47.1** (1) Von der Möglichkeit, die Höchstarbeitszeitgrenzen per Betriebsvereinbarung auszudehnen, machten alle überprüften Krankenanstalten Gebrauch:

AKH Wien

Die von der MedUni Wien als Dienstgeberin der im AKH Wien tätigen Ärzte mit dem Betriebsrat abgeschlossene Arbeitszeit-Betriebsvereinbarung sah einheitliche Höchstarbeitszeitgrenzen vor.

²¹³ Rufbereitschaft, bei der der Arzt seinen Aufenthaltsort frei wählen konnte, war hingegen nach Meinung des EuGH keine Arbeitszeit und daher nur bei einem Tätigwerden des Arztes als Arbeitszeit zu werten.

²¹⁴ Die Europäische Kommission hatte von Österreich Informationen hinsichtlich der ihrer Meinung nach nicht richtigen Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie durch das österreichische KA-AZG gefordert.

Arbeitszeiten von Turnusärzten

LKH Innsbruck

Für die am LKH Innsbruck tätigen Ärzte galten je nach Dienstgeber (MedUni Innsbruck oder Land Tirol) unterschiedliche Betriebsvereinbarungen. Wie im AKH Wien sahen die Betriebsvereinbarungen jeweils nur ein Modell an Höchstarbeitsgrenzen vor.

LK St. Pölten/Lilienfeld, LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Die Betriebsvereinbarungen der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten enthielten mehrere Arbeitszeitmodelle, aus denen die Ärzte wählen konnten; ein Wechsel zwischen den Modellen war einmal pro Jahr möglich. Die Modelle unterschieden sich hinsichtlich der maximalen Wochenarbeitszeit in der Einzelwoche (zwischen 48 und 72 Stunden), der maximalen durchschnittlichen Wochenarbeitszeit im Durchrechnungszeitraum (zwischen 40 und 60 Stunden) sowie der Höchstzahl der verlängerten Dienste pro Monat (zwischen vier und acht).

(2) Alle in den Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten vereinbarten Höchstarbeitszeitgrenzen entsprachen den Vorgaben des KA-AZG. Wie die folgende Tabelle zeigt, lagen die getroffenen Regelungen teilweise bereits deutlich unter den zulässigen Höchstarbeitszeitgrenzen:

Tabelle 18: Höchstarbeitszeitgrenzen gemäß Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten								
	Vorgaben KA-AZG	AKH Wien	LKH Innsbruck		LK St. Pölten/Lilienfeld		LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl	
			MedUni Innsbruck	Land	von	bis	von	bis
max. Wochenarbeitszeit (Stunden)	72	67 (72 ¹)	72	72	50	72	48	72
max. durchschnittliche Wochenarbeitszeit (Stunden)	60	58 (60 ¹)	60	–	42	56	40	60
max. Dauer verlängerter Dienst (Stunden)	49	25 (49 ²)	25 (32 ¹)	25	32	49 ²	32	49 ²
max. Anzahl verlängerte Dienste pro Monat	8	6	6	–	4	8	4	8

¹ einschließlich Zeiten für nicht patientenbezogene Tätigkeiten in Forschung und Lehre
² verlängerte Dienste an Wochenenden und vor Feiertagen

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; LK St.Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(3) Aufzeichnungen über die tatsächliche Inanspruchnahme während der verlängerten Dienste waren nur im LKH Innsbruck bezüglich jener Ärzte, die beim Land Tirol angestellt waren, vorhanden. Nur in der für diese Ärzte geltenden Betriebsvereinbarung (sogenanntes „Modell Tirol“) war eine andere Abgeltung für patientenbezogene Einsätze während der Dienste vorgesehen, als für die bloße Bereitschaft, weshalb die Einsätze auch im Zeiterfassungssystem dokumentiert wurden.

Eine anhand von Fallbeispielen vorgenommene Überprüfung dieser Aufzeichnungen in den Kliniken für Innere Medizin, Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe ergab, dass die Ärzte in den verlängerten Diensten – den Vorgaben des KA-AZG entsprechend – nicht durchgehend in Anspruch genommen wurden.

Für die bei der MedUni Innsbruck angestellten Ärzte des LKH Innsbruck und für die anderen überprüften Krankenanstalten konnte die tatsächliche Inanspruchnahme der Ärzte während der von ihnen geleisteten verlängerten Dienste mangels Aufzeichnungen nicht überprüft werden.

- 47.2** Der RH stellte fest, dass die Arbeitszeit-Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten auf die Vorgaben des KA-AZG Bedacht nahmen, ohne die grundsätzlich möglichen Höchstarbeitszeitgrenzen in vollem Ausmaß auszuschöpfen. Insbesondere einige Arbeitszeitmodelle in den niederösterreichischen Landeskliniken lagen deutlich unterhalb dieser Grenzen.

Mit der Vereinbarung von niedrigeren Höchstarbeitszeitgrenzen setzten die überprüften Krankenanstalten bereits einen Schritt in Richtung der – mit der Novelle des KA-AZG eingeführten – sukzessiven Verkürzung der möglichen Höchstarbeitszeiten für Spitalsärzte ab dem Jahr 2015.

Kritisch beurteilte er hingegen die mangelnde Datenlage bezüglich der tatsächlichen Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste. Ohne Aufzeichnungen darüber war es dem Dienstgeber nicht möglich, die Einhaltung der KA-AZG Vorgaben zu überwachen bzw. zu überprüfen. Wie die im LKH Innsbruck von den beim Land Tirol beschäftigten Ärzten praktizierte Erfassung bewies, waren solche Aufzeichnungen ohne großen Aufwand realisierbar.

Der RH empfahl daher auch den beiden Medizinischen Universitäten und dem Land Niederösterreich, die Auslastung bzw. Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste zu erfassen.

Arbeitszeiten von Turnusärzten

47.3 (1) Die MedUni Wien sagte die Umsetzung der Empfehlung zu und teilte mit, dass bisher die Auslastung bzw. tatsächliche Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste im AKH Wien nicht erfasst wurden. Im Rahmen der aufgrund der Novelle zum Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz notwendigen Neustrukturierung der Dienstzeitmodelle werde ein Konzept für die Erfassung der Auslastung bzw. tatsächlichen Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste (Journaldienste) entwickelt und umgesetzt.

(2) Das Land Niederösterreich führte aus, dass die NÖ Landeskliniken-Holding mit Implementierung des Arbeits- und Ruhezeitenmonitors bereits systematisch die Auslastung des ärztlichen Personals überprüfe. Ein weitergehendes Monitoring der Ruhezeiten während verlängerter Dienste sei aufgrund des hohen administrativen und finanziellen Aufwandes noch nicht angedacht. In diesem Zusammenhang würden die Führungskräfte jedoch stets angehalten, speziell die Einhaltung der Ruhezeiten während verlängerter Dienste sicherzustellen.

47.4 Gegenüber dem Land Niederösterreich wies der RH erneut auf die im LKH Innsbruck praktizierte Erfassung hin; diese bewies, dass Aufzeichnungen über die tatsächliche Inanspruchnahme während der verlängerten Dienste grundsätzlich auch ohne großen administrativen und finanziellen Aufwand realisierbar waren. Der RH hielt daher seine Empfehlung aufrecht.

Mindest-
anwesenheitszeiten

48.1 (1) Die im ÄrzteG 1998²¹⁵ enthaltenen Vorgaben über die Arbeits- bzw. Ausbildungszeit der Turnusärzte sahen tägliche Mindestanwesenheitszeiten zugunsten einer gleichmäßigen Verteilung der Wochendienstzeit von 35 Stunden zwischen Montag und Freitag vor. Demnach waren von den 35 Wochenstunden laut ÄrzteG 1998 jedenfalls 25 Stunden in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 13.00 Uhr (Kernarbeitszeit) zu absolvieren.

Dadurch sollte gewährleistet werden, dass die Ausbildung möglichst in den Hauptdienstzeiten, in denen der überwiegende Teil des fachärztlichen Stammpersonals anwesend war, erfolgte. Nachtdienste sowie Wochenend- und Feiertagsdienste, die – sofern fachlich erforderlich – zu leisten waren, konnten daher nur zusätzlich im Ausmaß von zehn Stunden angerechnet werden.

²¹⁵ Gleichlautende Bestimmungen in § 9 Abs. 6 für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, § 10 Abs. 7 für die Ausbildung zum Facharzt, § 11 Abs. 6 für die spezielle Ausbildung auf einem Teilgebiet des Sonderfaches und § 13 Abs. 6 für die Ausbildung in Lehrambulatorien

Diese Mindestanwesenheitszeiten führten in Zusammenhang mit den Vorschriften des Arbeitsruhegesetzes und des KA-AZG zu Beschränkungen bei der Einteilung²¹⁶ der Turnusärzte für verlängerte Dienste. So konnten von Turnusärzten grundsätzlich keine Wochenend- bzw. Feiertagsdienste geleistet werden, weil das Arbeitsruhegesetz im Fall eines Arbeitseinsatzes an Wochenenden (der den Sonntag mitumfasste) und Feiertagen als Ersatz eine 36-stündige Ruhezeit vorsah, die einen ganzen Wochentag einzuschließen und darum eine Abwesenheit in der Kernarbeitszeit zur Folge hatte.

Da dies einen Verstoß gegen die Bestimmungen des ÄrzteG 1998 darstellte, war für diese Zeit lediglich in Ausnahmefällen, wenn ein entsprechender Dienst unumgänglich war, eine Anrechnung auf die Ausbildungszeit möglich.²¹⁷

(2) Wie eine Auswertung der Dienstpläne der Abteilungen/Kliniken für Innere Medizin der überprüften Krankenanstalten vom März 2014 zeigte, kamen durch das Arbeitsruhegesetz bzw. das KA-AZG bedingte Abwesenheiten in der Kernarbeitszeit häufig vor und umfassten je Turnusarzt zwischen einem und sieben Tagen pro Monat.

(3) Auf diesen Umstand sollte im Rahmen der Novellierung des ÄrzteG 1998 reagiert werden, indem – im Interesse einer besseren und flexibleren Einteilung der Ausbildungszeiten – nunmehr die Kernausbildungszeit als jener Zeitraum definiert war, in dem der überwiegende Teil des fachärztlichen Personals in der anerkannten Ausbildungsstätte anwesend war.

Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens hatte der RH darauf hingewiesen, dass dies in der Praxis nur für einen Zeitraum zutraf, der im Wesentlichen den bisher vorgegebenen 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr entsprach. Allerdings wurde mit der endgültig beschlossenen Novelle auch der Zeitraum ausgedehnt, in dem 25 der 35 Wochenstunden zu absolvieren waren; nach der neuen Rechtslage war dies zwischen 7.00 Uhr und 16.00 Uhr möglich.

48.2 Der RH sah die jahrelange Einschränkung der anrechenbaren Ausbildungszeit auf die Kernarbeitszeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr an Wochentagen kritisch, weil dies aus seiner Sicht zur Sicherung der

²¹⁶ Gemäß dieser ärztgesetzzlichen Bestimmungen und § 8 Abs. 10 KAKuG, wonach der ärztliche Dienst so einzurichten war, dass die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist, war daher – in letzter Konsequenz vom ärztlichen Leiter – auf eine entsprechende Diensterteilung der Turnusärzte zu achten.

²¹⁷ Regierungsvorlage 306 BlgNR XXII. Gesetzgebungsperiode

Ausbildungsqualität weder erforderlich noch in der Praxis durchgängig umsetzbar war.

Er erachtete daher die Möglichkeit einer besseren Einteilung der Ausbildungszeiten für sinnvoll und hob insbesondere die Ausdehnung des bisher vorgegebenen Zeitraums auf 7.00 Uhr bis 16.00 Uhr positiv hervor.

Entlohnung der Turnusärzte

Rechtliche Rahmenbedingungen

49 (1) Die Entlohnung der TÄ/A und der TÄ/F in den überprüften Krankenanstalten erfolgte auf Grundlage der nachstehenden Bestimmungen:

AKH Wien und LKH Innsbruck

Alle am AKH Wien tätigen Ärzte, somit auch die TÄ/F, waren wie erwähnt Bedienstete der MedUni Wien. Im LKH Innsbruck war die Med- Uni Innsbruck Dienstgeberin etwa der Hälfte der dort tätigen Fachärzte bzw. TÄ/F. Für diese erfolgte die Entlohnung auf Grundlage der Bestimmungen des Kollektivvertrags für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Universitäten.

Für die anderen im LKH Innsbruck beschäftigten Ärzte (darunter waren auch alle TÄ/A) war Dienstgeber das Land Tirol. Für die Entlohnung der Turnusärzte des Landes Tirol waren die Bestimmungen des Tiroler Landesbedienstetengesetzes²¹⁸ sowie jene des sogenannten Modells Tirol bindend. Dieses Modell war eine Betriebsvereinbarung zwischen der TILAK und dem Zentralbetriebsrat, in der u.a. die Bewertung von Überstunden geregelt wurde.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Alle Ärzte der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten waren Bedienstete des Landes Niederösterreich; für ihre Entlohnung waren die Bestimmungen des NÖ Spitalsärztegesetzes 1992 anzuwenden.

(2) Aufgrund von internen Vereinbarungen erhielten die Turnusärzte an fast allen überprüften Kliniken bzw. Abteilungen für Innere Medizin einen Anteil an den Sondergebühren.

²¹⁸ LGBl. Nr. 2/2001 i.d.g.F.

Gehälter

- 50 (1) Um trotz der beschriebenen unterschiedlichen Gehalts- bzw. Arbeitszeitregelungen einen Gehaltsvergleich anstellen zu können, stützte sich der RH auf eine – mit den Dienstgebern der in den überprüften Krankenanstalten tätigen Turnusärzte akkordierte – Modellrechnung.

Dazu zog er das jeweilige Grundgehalt entsprechend der Einstufung sowie regelmäßige Zulagen heran; die gesetzlich vorgesehenen Sonderzahlungen (13. und 14. Gehalt) nahm der RH ebenfalls in die Modellrechnung des Jahresgehalts auf.²¹⁹

Einen wesentlichen Gehaltsbestandteil der Ärzte bildete die zu leistende Mehrarbeit in Form von verlängerten Diensten (Nachtdienste, Dienste an Wochenenden). Da bei den überprüften Rechtsträgern bzw. Krankenanstalten unterschiedliche Arbeitszeitmodelle zur Anwendung kamen, die aus verschiedenen Gründen (z.B. Anzahl der Dienste bzw. der Überstunden, Freizeitausgleich etc.) nur eingeschränkt vergleichbar waren, ging der RH in seinem Rechenmodell davon aus, dass

- jeder Turnusarzt die gleiche Anzahl und Art von verlängerten Diensten im Jahr leistete,
- die Dauer der einzelnen Dienste gleich war,
- keine Überstunden außerhalb der verlängerten Dienste geleistet wurden sowie
- alle geleisteten Stunden bzw. zuerkannten Zeitguthaben monetär abgegolten wurden.

(2) Für die Modellrechnung wurde angenommen, dass die Turnusärzte zusätzlich zur Normalarbeitszeit insgesamt 40 verlängerte Dienste im Jahr zu erbringen hatten, was alle Krankenanstaltenträger als realistisch erachteten. Die Abgeltung der Dienste war abhängig von der Dauer und ob sie wochentags oder am Wochenende geleistet wurden. Für die 40 verlängerten Dienste ging der RH deshalb einheitlich von folgender Verteilung aus:

²¹⁹ Nicht berücksichtigt wurden hingegen Zulagen, welche abhängig von der persönlichen Situation zur Auszahlung gelangten, wie z. B. die Kinderzulage oder der Fahrtkostenzuschuss.

Entlohnung der Turnusärzte

- 28 verlängerte Dienste jeweils zwischen Montag und Freitag (Dauer von 16 Stunden),
- sechs verlängerte Dienste jeweils von Samstag auf Sonntag (Dauer von 24 Stunden) und
- sechs verlängerte Dienste jeweils von Sonntag auf Montag mit einer Dauer von ebenfalls 24 Stunden.²²⁰

Geringfügige Abweichungen in einzelnen Krankenanstalten bei der Dauer der Dienste (wie z.B. 17 Stunden anstatt 16 Stunden bei den Diensten wochentags oder 25 Stunden anstatt 24 Stunden bei den Wochenenddiensten) wurden in dieser Modellrechnung nicht berücksichtigt.

(3) Um auch einen internationalen Vergleichswert zu erhalten und vor dem Hintergrund der immer wieder ins Treffen geführten Abwanderung von Turnusärzten ins Ausland, berechnete der RH auch die Abgeltung von angestellten Ärzten in Deutschland nach Tarifverträgen des Marburger Bundes für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern und an Universitätskliniken²²¹ unter Heranziehung seiner Modellrechnung. Daneben gab es allerdings noch eine Vielzahl weiterer Tarifverträge etwa mit privaten Klinikkonzernen.²²²

Der Marburger Bund war der Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands und deren gewerkschaftliche sowie berufspolitische Vertretung sowie die Interessenvertretung der Medizinstudierenden.

Vergleichbare Vertragswerke für Schweizer Ärzte gab es nicht. Eine mit den Berechnungen auf Basis von Tarifverträgen des Marburger Bundes vergleichbare Rechnung für die Schweiz war daher nicht möglich.

²²⁰ Wochenenddienste waren von Turnusärzten aufgrund der Kernarbeitszeitregelung grundsätzlich nur in Ausnahmefällen absolvierbar. Die Annahme von insgesamt zwölf Wochenenddiensten pro Jahr wurde vor dem Hintergrund getroffen, dass eine Auswertung der Dienstpläne für Innere Medizin regelmäßige Abwesenheiten in der Kernarbeitszeit zwischen einem und sieben Tagen pro Monat ergeben hatte (siehe TZ 48). Um ein realistisches Gehaltsmodell zu erstellen, war es daher notwendig, diese Praxis zu berücksichtigen. Allerdings wurde – im Sinne des Ausnahmetatbestands der Kernarbeitszeitregelung – mit einem Wochenenddienst pro Monat der niedrigste Wert dieser Bandbreite angenommen.

²²¹ Gilt für rd. 550 kommunale Kliniken bzw. 20 Universitätskliniken.

²²² In Deutschland gab es 2012 rd. 2.020 Krankenanstalten, davon waren nur rd. 30 % öffentliche Krankenanstalten (Träger: Bund, Länder, Kreise, Städte etc.); rd. 35 % waren freigemeinnützige Krankenanstalten (Träger: Kirchen, Wohlfahrtsverbände etc.) und rd. 35 % private Krankenanstalten (z.B. Helios Kliniken).

51.1 (I) Die Gehälter der TÄ/A und TÄ/F stellten sich zur Zeit der Gebärungsüberprüfung im Jahr 2014 im Überblick für beide zusammengefasst wie folgt dar:

Tabelle 19: Entlohnung der TÄ/A und TÄ/F – Bandbreiten (Modellrechnung)				
Bandbreite	Ausbildungsbeginn		Ausbildungsende	
	von	bis zu	TÄ/A bis zu ¹	TÄ/F bis zu ²
	in EUR			
Jahresbrutto samt Sonderzahlungen	40.840	45.660	44.870	51.020
Entgelt für 40 Dienste	16.580	23.170	20.210	23.690
Gesamtgehälter	60.400	67.800	62.490	74.190

¹ im dritten Ausbildungsjahr
² im sechsten Ausbildungsjahr, ausgehend von der Annahme, dass davor keine Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin absolviert wurde, sonst Gehalt bis zu rd. 75.260 EUR

Quellen: Berechnungen RH

- Die unterschiedlichen Gehaltshöhen zu Ausbildungsbeginn waren auch darauf zurückzuführen, dass TÄ/A und TÄ/F teilweise uneinheitlich eingestuft wurden (auch durch Anrechnung von Vordienstzeiten).
- Die unterschiedlichen Gehälter zum Ausbildungsende waren insbesondere dadurch bedingt, dass in der Modellrechnung – entsprechend den gesetzlich vorgesehenen Mindestausbildungszeiten – eine Ausbildungsdauer für TÄ/A von drei Jahren und für TÄ/F von sechs Jahren angenommen wurde.
- Die Abgeltung der verlängerten Dienste war u.a. auch insofern unterschiedlich, als das Entgelt für Dienste teilweise vom tatsächlichen Einsatz abhängig war. Als Einsatzzeiten galten in diesem Fall ausschließlich patientenbezogene ärztliche Tätigkeiten (nicht Dokumentations- bzw. Verwaltungsaufgaben), genaue Zeitaufzeichnungen darüber waren verpflichtend.

(2) Die TILAK sah ab dem Jahr 2015 eine Gehaltsreform vor.²²³ Einer der Gründe hierfür war, dass das bestehende Gehaltssystem insbesondere bei jüngeren Ärzten als nicht marktgerecht angesehen wurde.

(3) Die genannten Tarifverträge des Marburger Bundes (siehe TZ 50) wiesen auf Basis der Modellrechnung des RH für Ausbildungsärzte in

²²³ Niederösterreich hatte 2012 eine Gehaltsreform durchgeführt.

Entlohnung der Turnusärzte

Deutschland im Vergleich zu Österreich teilweise höhere Gehälter²²⁴ aus. Wie unter TZ 6 ausgeführt, waren deutlich mehr österreichische Ärzte in Deutschland tätig als umgekehrt und in den letzten Jahren eine stetig steigende Tendenz erkennbar.

Trotzdem gab es auch eine nicht unbeträchtliche Anzahl deutscher Ärzte in Österreich. Eine deutsche Fallstudie²²⁵ untersuchte – vor dem Hintergrund des dort bestehenden Ärztemangels²²⁶ – die Gründe für die Abwanderung deutscher Ärzte nach Österreich.

Als wesentlichste Beweggründe für einen Wechsel nach Österreich wurden – trotz niedrigeren Gehalts – bessere Arbeitsbedingungen (Arbeitszeiten, höhere Ärztedichte in den Krankenanstalten etc.), eine vertraglich stabilere Situation und eine bessere Work-Life-Balance angegeben. Als negativer Faktor wurde etwa die schlechtere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal gesehen.

- 51.2** Der RH hielt kritisch fest, dass die Höhe der Turnusärztegehälter in den überprüften Krankenanstalten intransparent war und nur unter Zuhilfenahme von Annahmen vergleichbar gemacht werden konnte.

Grund dafür war insbesondere, dass den Gehältern der im AKH Wien, im LKH Innsbruck und in den niederösterreichischen Krankenanstalten tätigen Turnusärzte unterschiedliche Gehaltsschemen sowie Abgeltungen von verlängerten Diensten zugrunde lagen; im LKH Innsbruck wurden die dort tätigen TÄ/F – abhängig vom Dienstgeber – unterschiedlich entlohnt.

Was die – sich aufgrund von beispielhaft ausgewählten Tarifverträgen ergebenden – teilweise höheren Gehälter in Deutschland betrifft, so können diese nach Auffassung des RH mit ein Grund sein, dass mehr österreichische Ärzte dort tätig waren als deutsche Ärzte in Österreich. Nach Ansicht des RH war das Gehalt jedoch nur einer von vielen Faktoren, um Turnusärzte zur Absolvierung ihrer Ausbildung in Österreich zu motivieren.

²²⁴ – Ärzte an kommunalen Krankenhäusern: bis zu rd. 81.200 EUR (im sechsten Ausbildungsjahr)
– Ärzte an Universitätskliniken: bis zu rd. 85.200 EUR (im sechsten Ausbildungsjahr)

²²⁵ A.E. Schmidt, E. Klambauer, Zwischen Ökonomisierung und Work-Life-Balance – Perspektiven zur Abwanderung von deutschem Gesundheitspersonal nach Österreich, Georg Thieme Verlag

²²⁶ Laut Berechnungen der EU-Kommission fehlten im Jahr 2010 in Deutschland bereits 17.000 Ärzte, eine Zahl, die bis 2030 auf 165.000 ansteigen könnte.

Wesentlich waren aus seiner Sicht auch bestmögliche Umfeldbedingungen innerhalb der Krankenanstalt, wie etwa das Engagement der Ausbildner und die Unterstützung durch diese, ein durchgängig strukturierter Ausbildungsverlauf, die Integration in das Team und entsprechende Wertschätzung sowie eine optimale Arbeitsaufteilung zwischen den Berufsgruppen.

Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlung nach einer regelmäßigen – von den zuständigen Institutionen gemeinsam durchgeführten – Erhebung der Abwanderungsgründe und -zahlen von Absolventen eines Medizinstudiums bzw. von Turnusärzten und deren Drop-out-Gründe (TZ 5), um auf Basis gesicherter Daten die erforderlichen Maßnahmen treffen zu können.

Maßnahmen zur Korruptions- prävention

52.1 Der Besuch externer Aus- und Fortbildungsveranstaltungen durch (Turnus)Ärzte wurde in den überprüften Krankenanstalten in unterschiedlichem Ausmaß finanziell gefördert.²²⁷ Für darüber hinausgehende Kosten mussten die Ärzte teilweise selbst aufkommen. Eine weitere oder zusätzliche Möglichkeit waren Unterstützungszahlungen für Aus- und Fortbildungen von dritter Seite (z.B. Pharmaunternehmen).

Insbesondere vor dem Hintergrund der strafrechtlichen Bestimmungen betreffend Korruption²²⁸ überprüfte der RH, ob bzw. welche Verhaltensregeln für die Ärzte in den vier Krankenanstalten hinsichtlich der Annahme von (Unterstützungs)Leistungen von Dritten vorgesehen waren:

AKH Wien und LKH Innsbruck

(I) Die MedUni Wien erließ bereits im Oktober 2008 beziehend auf das mit 1. Jänner 2008 in Kraft getretene Strafrechtsänderungsgesetz 2008²²⁹ „Richtlinien zur Vermeidung von Strafbarkeit bei Geschenkannahme (Antikorruptionsrichtlinien)“; diese waren auf der Homepage der MedUni Wien abrufbar. Die MedUni Innsbruck beschloss im Dezember 2008 die Anwendung der Richtlinien der MedUni Wien; diese waren im Intranet der MedUni Innsbruck verfügbar.²³⁰

²²⁷ zum Beispiel durch Drittmittel, Ausbildungsmillion des Landes Niederösterreich etc.

²²⁸ §§ 304 ff. Strafgesetzbuch (StGB), Strafbare Verletzungen der Amtspflicht, Korruption und verwandte strafbare Handlungen

²²⁹ BGBl. I Nr. 109/2007

²³⁰ Unabhängig von der Richtlinie verlangten oft Unternehmen selbst, Antikorruptionserklärungen von den Universitäten. Solche wurden dann von den Rechtsabteilungen geprüft und freigegeben.

Maßnahmen zur Korruptionsprävention

Die an beiden Medizinischen Universitäten geltenden Richtlinien legten u.a. Folgendes fest:

- Die Annahme von Geschenken, Einladungen etc. durch den Mitarbeiter selbst war unzulässig; erlaubt waren entsprechende Leistungen an die Universitätsklinik bzw. Organisationseinheit.
- Einladungen zu Kongressen ohne Vortragstätigkeit bzw. Tagungsvorsitz sowie zu Firmenproduktveranstaltungen waren jedenfalls an die Universitätsklinik bzw. Organisationseinheit zu richten; diese entschied, welcher Mitarbeiter teilnehmen durfte. Hinsichtlich des Reisekostenzuschusses waren drei Varianten vorgesehen.²³¹
- Einladungen zu Kongressen mit Vortragstätigkeit bzw. Tagungsvorsitz durften von den Mitarbeitern selbst angenommen werden; die Übernahme der Reisekosten wurde als „Honorarleistung“ betrachtet. Die „Verhältnismäßigkeit“ musste gegeben sein.
- Betreffend Essenseinladungen bzw. Weihnachtsfeiern war – laut den Richtlinien – zwar eine direkte Kostenübernahme durch ein Unternehmen unzulässig, eine Refundierung der Kosten durch dieses über ein Drittmittelkonto der Medizinischen Universitäten aber erlaubt.

Weitere Festlegungen, wie etwa eine detaillierte Regelung des einzuhaltenden Prozesses samt transparenter Dokumentation sowie Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, klare Begriffsdefinitionen, die von leitenden Mitarbeitern (Klinikvorstände, Abteilungsleiter etc.) einzuhaltende Vorgangsweise, Sanktionsmechanismen etc. fehlten.

Weder die MedUni Wien noch die MedUni Innsbruck hatten im Vorfeld eine nachvollziehbare Korruptionsrisikoanalyse²³² durchgeführt; die MedUni Wien orientierte sich an aus ihrer Sicht typischen Fallkonstellationen. Obwohl in den vergangenen sechs Jahren zwei relevante Gesetzesnovellen²³³ erfolgten, blieben die genannten Richtlinien bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung unverändert.

²³¹ 1) Refundierung auf ein allgemeines Reise- und Kongresskonto der Universität bzw. Organisationseinheit,

2) „unrestricted Grants“ von „Grant-Gebern“ für Fortbildungen und Kongressreisen und
3) direkte Reisebuchung durch die Firma (mit Dokumentationspflicht)

²³² Ziel einer Risikoanalyse ist es, potenzielle Gefahren für die Organisation (bspw. materielle oder immaterielle Schäden), aber auch entgangene (Ertrags-)Chancen zu ermitteln und hieraus geeignete Maßnahmen zur Risikominderung abzuleiten.

²³³ Korruptionsstrafrechtsänderungsgesetz 2009, BGBl. I Nr. 98/2009, Korruptionsstrafrechtsänderungsgesetz 2012, BGBl. I Nr. 61/2012

(2) Im LKH Innsbruck war Folgendes geregelt:

- Der Ärztliche Direktor des LKH Innsbruck erließ für die TILAK-Ärzte des LKH Innsbruck im Februar 2009 eine „Richtlinie zur Vorbeugung von Vorteilsannahme und Korruption“. Die Festlegungen betreffend „Annahme von Dienstleistungen und Einladungen“ (Punkt 4.2.) entsprachen im Wesentlichen jenen in den Richtlinien der MedUni Wien; allerdings waren Sanktionen bis zum Verlust des Arbeitsplatzes vorgesehen. Eine vorgängige Korruptionsrisikoanalyse fehlte auch hier.
- Im Oktober 2013 erfolgte ein neuerliches Rundschreiben an alle TILAK-Ärzte am LKH Innsbruck, in dem, gemeinsam mit Festlegungen betreffend klinische Studien und Beraterverträge, die Bestimmungen über die Kongressteilnahme – jedoch in einigen Punkten abgeändert – noch einmal zur Kenntnis gebracht wurden. So waren etwa die auch in den MedUni Wien-Richtlinien getroffene Festlegung, wonach „die Teilnahme an Veranstaltungen und Feiern dann unproblematisch sei, wenn nicht ausschließlich Mitarbeiter einer Universitätsklinik bzw. Organisationseinheit teilnahmen, sondern ein darüber hinausgehender größerer Personenkreis“ sowie die Sanktionsbestimmungen nicht mehr enthalten. Das Schreiben sah weiters umfassendere Dokumentationsbestimmungen vor.

Nach Angaben des LKH Innsbruck seien sowohl die Richtlinie vom Februar 2009 als auch das Schreiben vom Oktober 2013 gültig und würden einander ergänzen.

- Im Laufe des Jahres 2014 entwickelte das LKH Innsbruck ein eigenes Meldeformular²³⁴, das von dem an der Veranstaltung teilnehmenden Mitarbeiter (auch z.B. im Fall von eigener Vortragstätigkeit), vom Klinikvorstand, der Kollegialen Führung und dem unterstützenden Unternehmen zu unterzeichnen war; Angaben zum Wert der Unterstützungsleistungen waren nicht vorgesehen. Mit der Erklärung sollten die Erwartung jeglicher Gegenleistung und eine Beeinflussung ausgeschlossen werden.

Ein entsprechendes Verfahren zum Umgang damit war nicht schriftlich festgelegt. Das LKH Innsbruck gab an, dass diese Erklärungen sowohl in der Ärztlichen Direktion als auch in den Kliniken aufbewahrt würden.

²³⁴ Erklärung zu den TILAK-Antikorruptionsrichtlinien

Maßnahmen zur Korruptionsprävention

(3) Das AKH Wien, das LKH Innsbruck und die beiden Medizinischen Universitäten planten Folgendes:

- Die MedUni Wien beabsichtigte eine Überarbeitung ihrer Antikorruptionsrichtlinien auch unter Beachtung der von der Österreichischen Universitätenkonferenz im Oktober 2013 herausgegebenen Richtlinie „Leitlinie im Umgang mit allfälligen Korruptionssachverhalten an Universitäten“. Im Rahmen der geplanten gemeinsamen Betriebsführung mit dem AKH Wien war weiters eine gemeinsame Risikomanagement-Strategie vorgesehen.
- Das LKH Innsbruck und die MedUni Innsbruck hatten vor, durch eine Zusammenführung ihrer Dokumente, einheitliche Antikorruptionsbestimmungen zu schaffen.

LK St Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Das Land Niederösterreich als Dienstgeberin der Ärzte in den überprüften Krankenanstalten hatte keine speziellen Regelungen für die Vorgehensweise bei Kongresseinladungen etc. an Ärzte festgelegt²³⁵.

Die NÖ Landeskliniken-Holding erstellte im Jahr 2010 ausgehend von aus ihrer Sicht relevanten Fallkonstellationen zur Vermeidung von Korruption eine Reihe von Vorgaben (Formulare, Prozessbeschreibungen). So war etwa die (Teil)Finanzierung der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen durch Ärzte – auch bei aktiven Beiträgen des Teilnehmenden selbst – anhand von Formularen sowohl von der Ärztlichen Direktion als auch von der NÖ Landeskliniken-Holding zu genehmigen. Auch jede Art von Sponsoring war genehmigungspflichtig.

Eine umfassende Risikoanalyse im Vorfeld fehlte jedoch auch hier. Die Anweisungen entsprachen nicht vollständig der aktuellen Rechtslage²³⁶; in den Formularen war zum Teil nicht vorgesehen, dass der Gegenwert der Unterstützungsleistung zu vermerken war.

52.2 Der RH anerkannte grundsätzlich die Bemühungen der überprüften Krankenanstalten und Krankenanstaltenträger bzw. der Medizinischen Universitäten um die Vermeidung von Korruption im Zusammenhang

²³⁵ Es bestanden jedoch Dienstanweisungen betreffend verbotene Geschenkannahme und Korruptionsbekämpfung etc.

²³⁶ So stellte bspw. das Dokument „Sponsoringvereinbarung“ nicht auf den – mit dem Korruptionsstrafrechtsänderungsgesetz 2012 eingeführten – „ungebührlichen Vorteil“ im Sinne des § 305 StGB ab.

mit der ärztlichen Aus- und Fortbildung, wenngleich die Regelungen teilweise unterschiedlich ausgestaltet waren.

Kritisch stellte der RH fest, dass im Vorfeld der bestehenden Korruptionspräventionsregelungen keine schriftlich nachvollziehbaren Korruptionsrisikoanalysen durchgeführt worden waren.

Bezüglich aller überprüften Krankenanstalten erachtete der RH die erlassenen Vorgaben insofern als nicht ausreichend, weil sie u.a. die aktuelle Rechtslage nicht immer abbildeten sowie teilweise wesentliche Begriffe und Prozesse nicht abschließend und klar definierten; auch Dokumentationserfordernisse und Kontrollmechanismen waren aus Sicht des RH zum Teil unzureichend geregelt.

Positiv hob der RH die vom LKH Innsbruck und der NÖ Landeskliniken-Holding konzipierten Formulare hervor; er hielt jedoch im LKH Innsbruck eine nachvollziehbare Verfahrensordnung für erforderlich.

Zur Unterstützung der Krankenanstalten(träger) und der (Medizinischen) Universitäten empfahl der RH dem BMG, gemeinsam mit dem BMWFW und der ÖÄK – nach einer Identifikation der häufigsten Korruptions-Fallkonstellationen – Vorgaben zur Korruptionsprävention bzw. Good-Practice-Beispiele (z.B. Musterformulare) zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen.

Der RH empfahl dem AKH Wien gemeinsam mit der MedUni Wien, dem LKH Innsbruck bzw. der TILAK gemeinsam mit der MedUni Innsbruck sowie dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken-Holding, nach Durchführung einer umfassenden Korruptionsrisikoanalyse die (geplante) Überarbeitung und Ergänzung der Richtlinien/Vorgaben²³⁷ im Sinne der geltenden Rechtslage sowie ihre laufende Aktualisierung; im Interesse der Übersichtlichkeit sollte jeweils ein Gesamtdokument erstellt werden.

Nach Ansicht des RH wäre in diesem Zusammenhang vom AKH Wien, der TILAK bzw. dem LKH Innsbruck und den Medizinischen Universitäten Folgendes zu regeln:

- Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Genehmigungsprozesses für alle Einladungen an Mitarbeiter, auch an Leitungsorgane (mit und ohne aktiven Beitrag, Feiern und sonstige Veranstaltungen etc.),

²³⁷ In den Formularen wäre auch die Angabe des Werts der Unterstützungsleistung vorzusehen.

Maßnahmen zur Korruptionsprävention

- Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Verfahrens über die Abwicklung von Geldflüssen; Verbot von „Umgehungsgeschäften“ (z.B. der Refundierung der Kosten für eine Weihnachtsfeier auf ein Drittmittelkonto),
- klare Definition von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten auf den unterschiedlichen Führungsebenen (bspw. allenfalls unter Festlegung von Wertgrenzen) sowie
- Einrichtung von geeigneten Kontroll- und Informationsmechanismen, um die Einhaltung der Vorgaben sicherzustellen.

52.3 (1) Laut Stellungnahme des BMG sehe es im Hinblick auf eine Identifikation der häufigsten Korruptions-Fallkonstellationen keine Zuständigkeit.

(2) Die Stadt Wien verwies auf die Zuständigkeit der MedUni Wien. Für die Mitarbeiter der Stadt Wien seien im AKH Wien transparente und nachvollziehbare Genehmigungsprozesse sowie die Verantwortlichkeiten auf den unterschiedlichen Führungsebenen festgelegt. Darüber hinaus seien Kontroll- und Informationsmechanismen eingerichtet. Eine gemeinsame Korruptionsrisikoanalyse sei nur im Zusammenwirken mit der MedUni Wien möglich. Diesbezüglich werde auf die geplante Umsetzung des neuen Zusammenarbeitsvertrags verwiesen. Seitens der TU-AKH Wien werde die Empfehlung des RH umgesetzt.

Die MedUni Wien sagte die Umsetzung ebenfalls zu. Sie teilte mit, dass im Zusammenhang mit der damaligen Erstellung der Richtlinie die Auswirkungen der Strafrechtsnovelle auf die MedUni Wien vor allem hinsichtlich Amtsträgerbegriff und „Anfütterungsverbot“ analysiert, verschiedenste Fallkonstellationen gebildet und Maßnahmen für eine rechtskonforme Vorgangsweise definiert worden seien. Die Drittmittelgebarung der Organisationseinheiten der MedUni Wien werde regelmäßig durch die interne Revision geprüft. Dabei würden auch die Prozesse bezüglich Zuwendungen Dritter und die Einhaltung der Antikorrupsionsregelungen beleuchtet.

Eine Aktualisierung der Antikorrupsionsrichtlinien sei gerade in Arbeit. Diese beinhalte eine Anpassung der beiliegenden Gesetzesbestimmungen, die Festlegung der Zuständigkeiten, die ergänzende Darstellung des Genehmigungsprozesses, einheitliche Vorgaben hinsichtlich Abwicklung und Dokumentation sowie Kontrollmechanismen. Die von einer Arbeitsgruppe der Universitätenkonferenz erstellten Leitlinien im Umgang mit allfälligen Korruptionssachverhalten an Universitäten würden bei der Überarbeitung der Richtlinien ebenso

berücksichtigt, wie die neuen Transparenzbestimmungen des PHARMIG-Kodex. Darüber hinaus würde im Entwurf des neuen Entwicklungsplans der MedUni Wien ein eigenes Kapitel zu Corporate Governance aufgenommen.

An der MedUni Wien sei ein Risikomanagement etabliert, das laufend eine Risikobetrachtung vornehme. Im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ sei eine gemeinsame Risikomanagement-Strategie mit Fokus auf die Risiken der gemeinsamen Betriebsführung vorgesehen. Es werde auch eine Korruptionsrisikoprüfung durchgeführt, die im Risikomanagementkonzept zu berücksichtigen sein werde.

(3) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck habe die MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission die Aktualisierung der derzeit gültigen Richtlinien zur Korruptionsprophylaxe vereinbart. Die TILAK und die MedUni Innsbruck würden aktuell diese Version vorbereiten, mit deren abschließender Behandlung durch die Kommission in den nächsten Wochen zu rechnen sei.

Die MedUni Innsbruck bekenne sich weiters zur Beachtung einschlägiger Regelungen bzw. gesetzlicher Bestimmungen, etwa im Zusammenhang mit der Durchführung klinischer Studien bzw. der wissenschaftlichen Forschung.

(4) Laut Mitteilung des Landes Niederösterreich seien Vorarbeiten zur rechtlichen Überarbeitung und Ergänzung der Richtlinien/Vorgaben zur Korruptionsprävention bereits geleistet worden. Der Prüfplan für 2015 der Stabsstelle Revision der NÖ Landeskliniken-Holding sehe die Prüfung der Anzahl und des monetären Ausmaßes von Firmen gesponserter Aus- und Fortbildungen vor; als deren Ergebnis würden Rückschlüsse bzw. Empfehlungen der Revision im Sinne einer Korruptionsrisikoprüfung erwartet, die in die geplante Überarbeitung der Vorgaben einfließen würden. Weitere Richtlinien, die zur Korruptionsprävention beitragen würden, befänden sich bereits in Ausarbeitung (z.B. Richtlinie über die Beschaffung neuer Produkte).

- 52.4** Der RH entgegnete dem BMG, dass die Schaffung eines öffentlichen Bewusstseins für die Gefahren mangelnder Transparenz im Gesundheitswesen auch im Zusammenhang mit der ärztlichen Aus- und Fortbildung eine Grundvoraussetzung für die Bekämpfung von Korruption war, die eine möglichst hohe Qualität des Gesundheitswesens beeinträchtigt. Da die Gewährleistung der Qualität des Gesundheitswesens eine wesentliche Aufgabe des BMG darstellte, sollte ein koordinierter Korruptionspräventionsansatz mit einheitlichen Vorgaben im Interesse

Maßnahmen zur Korruptionsprävention

des BMG liegen. Der RH hielt daher seine Empfehlung gegenüber dem BMG aufrecht.

Der RH anerkannte die geplanten Maßnahmen der MedUni Wien, der TILAK und der MedUni Innsbruck sowie des Landes Niederösterreich.

Gegenüber der TILAK bzw. MedUni Innsbruck und dem Land Niederösterreich hielt der RH fest, dass das Ziel einer Korruptionsrisikoanalyse war, potenzielle Gefahren für die Organisation zu ermitteln und hieraus geeignete Maßnahmen zur Risikominderung abzuleiten. Dazu waren auch die klare Zuordnung der Aufgabenwahrnehmung bezüglich des Prozesses der Risikoanalyse und der Risikoverantwortlichkeit sowie eine zentrale Steuerung durch eine verantwortliche Person notwendig.

Zur Korruptionsprävention bedurfte es einer Identifikation der besonders korruptionsgefährdeten Aufgabenbereiche und Entscheidungsprozesse unter Berücksichtigung insbesondere der Eintrittswahrscheinlichkeit und der Höhe eines möglichen Schadens. In die Ermittlung und Bewertung der Risiken sollten alle Hierarchie-Ebenen eingebunden sein. Die durch die Analyse erfassten Korruptionsrisiken waren organisationsweit entsprechend ihrem Umfang und Gewicht zu bewerten bzw. zu priorisieren und bildeten die Grundlage für geeignete Präventionsmaßnahmen. Im Sinne dieser Ausführungen wiederholte der RH daher seine Empfehlung nach der Durchführung einer umfassenden Korruptionsrisikoanalyse.

Gegenüber der TILAK und der MedUni Innsbruck wiederholte der RH im Hinblick auf die Bedeutung umfassender Korruptionspräventionsmaßnahmen darüber hinaus die von ihm empfohlenen Festlegungen (z.B.: transparenter und nachvollziehbar dokumentierter Genehmigungsprozess, transparentes und nachvollziehbar dokumentiertes Verfahren über die Abwicklung von Geldflüssen, klare Definition von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sowie geeignete Kontroll- und Informationsmechanismen).

Zusammenfassung

- 53** Der RH anerkannte, dass im Bereich der Ärzteausbildung in den letzten Jahren sowohl im Bereich der rechtlichen Grundlagen als auch in den überprüften Krankenanstalten selbst eine deutliche Entwicklung erkennbar war.

Allerdings stellte der RH im Rahmen seiner Überprüfung erheblichen Handlungsbedarf fest, um künftig eine qualitätsgesicherte, durchgängig einheitlich strukturierte sowie zeitlich durchgeplante Ausbildung von Ärzten nachhaltig sicherzustellen. Dies insbesondere vor dem Hinter-

grund, dass – Daten aus den letzten Jahren zufolge – bis zu 40 % der Absolventen des Studiums der Humanmedizin für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung standen und insbesondere in peripher gelegenen Krankenanstalten ein Mangel an TÄ/A erkennbar war.

(1) Zu den Grundlagen der Ärzteausbildung

Das ÄrzteG 1998 und die darauf basierenden Verordnungen (insbesondere die ÄAO und die KEF-VO) stellen wesentliche rechtliche Grundlagen für die Ärzteausbildung in Österreich dar. Diese beurteilte der RH im Überblick wie folgt:

(a) Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in den letzten Jahrzehnten in Österreich im Wesentlichen unverändert. Gemeinsam mit dem Umstand, dass in den vergangenen Jahren rd. 50 % der Turnusärzte vor der Facharztausbildung – aus verschiedensten Gründen – auch die mindestens dreijährige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin absolvierten, konnte dies zu einer insgesamt mindestens zwölfjährigen ärztlichen Ausbildung führen. (TZ 2, 3)

Die Datenlage etwa betreffend Ausbildungsdauern bzw. Verlängerungsgründe war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung unzureichend; manche rechtlichen Begriffe ließen Fragen offen. Die – bis zur Ärzteausbildung NEU jahrelang geltende – gesetzliche Einschränkung der anrechenbaren Ausbildungszeit auf die Kernarbeitszeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr an Wochentagen war zur Sicherung der Ausbildungsqualität weder erforderlich noch in der Praxis durchgängig umsetzbar. (TZ 29, 40, 48)

(b) Die mit der aktuellen Novelle zum ÄrzteG 1998 vorgenommene Neugestaltung der Ärzteausbildung, beschlossen im Oktober 2014, sah der RH zwar grundsätzlich positiv; seine bereits im Begutachtungsverfahren zu dieser Novelle geäußerten Bedenken hielt er jedoch aufrecht. Er hielt u.a. (auch weiterhin) fest, dass

- die Novelle noch stärker als bisher die Regelung bestimmter Inhalte von der Gesetzgebung auf die Verordnungsebene verschob und die finanziellen Auswirkungen etwa der verpflichtenden Lehrpraxis nicht ausreichend dargestellt waren (TZ 3, 8),
- die Grundlagen für die umfassende Neugestaltung sowie die Eignung der getroffenen Maßnahmen für die Schaffung einer modernen und bedarfsgerechten Ärzteausbildung für den RH nicht nachvollziehbar und die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung

Zusammenfassung

bzw. mögliche Konsequenzen daraus nicht ausreichend begründet bzw. erläutert waren (TZ 3, 11),

- wesentliche Daten bzw. Entscheidungsgrundlagen (wie etwa betreffend die Drop-Out-Gründe von Turnusärzten, der Rückgang von Allgemeinmediziner*innen mit eigenen Ordinationen, etc.), die erforderlich wären, um nachhaltig geeignete Voraussetzungen für den Verbleib von (Turnus)Ärzt*innen in Österreich zu schaffen, fehlten (TZ 5, 6),
- die Novelle keine Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Basisausbildung vorsah (TZ 8),
- der konkrete quantitative Bedarf an (Turnus)Ärzt*innen bisher vom Gesetzgeber unberücksichtigt geblieben war und für die nunmehr festgelegte Bedarfsorientierung im Bereich der allgemeinmedizinischen Ausbildung keine Kennzahlen vorlagen sowie auch konkrete Vorgaben dafür fehlten, wer diese auf welche Weise erheben sollte (TZ 9),
- in der Novelle notwendige Festlegungen betreffend die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten des Ärztlichen Leiters und des Ausbildungsverantwortlichen fehlten (TZ 19, 23),
- für mit der Novelle erstmals verpflichtend festgelegte wichtige Qualitätssicherungs- bzw. Planungsinstrumente (z.B. Ausbildungskonzept, Ausbildungsplan) konkrete und klare Definitionen fehlten (TZ 26, 27),
- trotz der Bedeutung von (krankenanstaltsüberschreitenden) Rotationen auch im Rahmen der Ärzteausbildung NEU die Vorlage eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung für eine Ausbildungsstätte nicht vorgesehen war (TZ 27) und
- der Umsetzungszeitraum für die Neugestaltung kurz bemessen, etwaige Folgen bspw. der nunmehr aufbauenden Ausbildungsstruktur nicht ausreichend thematisiert sowie keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen waren (TZ 3).

(c) Manche Rasterzeugnisse enthielten OP-Kataloge mit Fallzahlen für – etwa von den TÄ/F der Chirurgie oder der Frauenheilkunde und Geburtshilfe – durchzuführende Eingriffe (z.B. Appendektomien, normale Geburten, Kaiserschnitte), die dem tatsächlichen Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten nicht gerecht wurden. (TZ 39)

(2) Zur ärztlichen Ausbildung in den überprüften Krankenanstalten

Im Rahmen der Überprüfung der praktischen Ausgestaltung der Ärzteausbildung in den vier überprüften Krankenanstalten kam der RH zum Ergebnis, dass die im ÄrzteG 1998 normierte dreistufige Ausbildungsverantwortung (Krankenanstaltenträger, Ärztlicher Leiter, Klinik- bzw. Abteilungsleiter) von den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen wurde.

Die Universitätskliniken AKH Wien und LKH Innsbruck stellten dabei einen Sonderfall dar, weil hier die Rollen des Dienstgebers (Med-Uni Wien bzw. MedUni Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers (teilweise) auseinanderfielen und der Träger formal keine Diensthoheit über die funktionstragenden Ärzte innehatte.

Wenngleich bei den überprüften Krankenanstalten bzw. Trägern teilweise bereits entsprechende Bemühungen bzw. Planungen zur Verbesserung der Ausgestaltung der ärztlichen Ausbildung bestanden, kam der RH im Rahmen seiner Überprüfung zusammengefasst zum Ergebnis, dass:

(a) ein durchgängig einheitlich strukturierter, qualitätsgesicherter Ausbildungsprozess für die Turnusärzte während der gesamten mehrjährigen Ausbildungsdauer zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an keiner der überprüften Krankenanstalten bzw. Klinik/Abteilung für Innere Medizin gewährleistet war, weil

- teilweise keine konkreten strategischen Ausbildungsziele der Krankenanstaltenträger für die Ärzteausbildung bestanden (TZ 17),
- Zielvereinbarungen (zwischen Träger, Ärztlichem Leiter und Klinik- bzw. Abteilungsleitern) entweder gänzlich fehlten oder diese überwiegend nicht für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt wurden (TZ 17, 23),
- gar keine bzw. zu wenige Vorgaben der Krankenanstaltenträger für die Ärzteausbildung bestanden (TZ 18),
- trotz der gesetzlich normierten Zuständigkeit des Ärztlichen Leiters entweder eine Verlagerung der gesamten Ausbildungsverantwortung auf die Ausbildungsverantwortlichen vorgesehen war oder die von den Ärztlichen Leitern getroffenen Maßnahmen nicht ausreichten, um die Wahrnehmung ihrer Ausbildungsverantwortung sicherzustellen (TZ 20),

Zusammenfassung

- zur Sicherstellung eines reibungslosen Verlaufs der Ausbildung von Ärzten im organisatorischen Bereich zum Teil Verbesserungspotenzial bestand (TZ 21),
- bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung kaum von der Leitung vorgegebene (umfassende) Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für die Ausbildungsverantwortlichen vorlagen (TZ 23),
- normierte „Ausbildungsassistenten“ bzw. Mentoren nicht ausreichend eingesetzt waren (TZ 24),
- die für eine kontinuierliche Qualitätssteuerung wesentlichen Logbücher teilweise entweder nicht vorhanden waren, qualitativ den Zweck eines Logbuchs nicht ausreichend erfüllten und/oder nicht als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen wurden (TZ 25),
- schriftliche Ausbildungskonzepte als zentrale Instrumente für die Qualitätssicherung in der Ärzteausbildung fehlten oder die vorgelegten Dokumente nicht alle vom RH als zweckmäßig erachteten Inhalte umfassten (TZ 26),
- die Rotationseinteilung der Turnusärzte teilweise von diesen selbst durchgeführt wurde (TZ 28),
- mit Ausnahme des LKH Innsbruck (für TÄ/A) keine schriftlichen Ausbildungspläne erstellt wurden (TZ 28),
- Kooperationsvereinbarungen betreffend Rotationen von Turnusärzten soweit erforderlich nur mündlich vorlagen bzw. anstaltsübergreifende Rotationen nicht etabliert waren (TZ 28),
- die Konsiliarausbildung teilweise nicht im erforderlichen Ausmaß durchgeführt wurde und unzureichend dokumentiert war (TZ 28, 38),
- die Administration der Rasterzeugnisse an allen überprüften Krankenanstalten mangelhaft war (z.B. teilweise: keine rechtskonforme bzw. verspätete Ausstellung, kein Vermerk der von der ÄAO vorgeschriebenen Evaluierungsgespräche oder fehlende Archivierung etc.) sowie eine Dokumentation der Evaluierungsgespräche fehlte (TZ 38, 40),