



**Der
Rechnungshof**

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Reihe BUND 2014/14

Bericht des Rechnungshofes

**System der
Gesundheitsvorsorge**

**Belegmanagement in
Akutkrankenanstalten mit
dem Schwerpunkt
„Procuratio-Fälle“;
Follow-up-Überprüfung**

Rettungsgasse

**ÖBB-Produktion
Gesellschaft mbH – Einsatz-
planung der Lokreihe 1014**

**Risikomanagement in der
Finanzverwaltung**

Rechnungshof
GZ 860.165/002-181/14



Auskünfte

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

Telefon (00 43 1) 711 71 - 8644

Fax (00 43 1) 712 49 17

E-Mail presse@rechnungshof.gv.at

Impressum

Herausgeber: Rechnungshof
1031 Wien, Dampfschiffstraße 2
<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik: Rechnungshof
Herausgegeben: Wien, im November 2014



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



Bericht des Rechnungshofes

System der Gesundheitsvorsorge

**Belegsmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem
Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“;
Follow-up-Überprüfung**

Rettungsgasse

**ÖBB-Produktion Gesellschaft mbH – Einsatzplanung
der Lokreihe 1014**

Risikomanagement in der Finanzverwaltung



Vorbemerkungen

Vorbemerkungen

Vorlage an den Nationalrat

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

Berichtsaufbau

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

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

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





Inhalt

Inhaltsverzeichnis

BMG
BMASK
BMFJ

Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Gesundheit
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Familien und Jugend

System der Gesundheitsvorsorge 5

BMG

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem
Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“; Follow-up-Überprüfung 51

BMI
BMVIT

Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Inneres
Verkehr, Innovation und Technologie

Rettungsgasse 97

BMVIT

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Verkehr, Innovation und Technologie

ÖBB-Produktion Gesellschaft mbH – Einsatzplanung
der Lokreihe 1014 163

BMF

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Finanzen

Risikomanagement in der Finanzverwaltung 209





Bericht des Rechnungshofes

System der Gesundheitsvorsorge





Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9

BMG
BMASK
BMFJ

Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Gesundheit
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Familien und Jugend

System der Gesundheitsvorsorge

KURZFASSUNG	12
Prüfungsablauf und -gegenstand	17
Allgemeines	18
Internationaler Vergleich der Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention	21
Ist-Stand der Gesundheitsvorsorge	23
Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention	27
Mutter-Kind-Pass	35
Schlussempfehlungen	49

Tabellen Abbildungen



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Öffentliche Gesundheitsausgaben in Österreich 2011__	21
Tabelle 2:	Öffentliche Gesundheitsausgaben in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahr 2011 _____	22
Tabelle 3:	Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention _____	24
Tabelle 4:	Auszug aus der Präventionsbilanz der österreichischen Sozialversicherung 2011 _____	25
Tabelle 5:	Abstimmung der Mittel _____	29
Tabelle 6:	Fünf Untersuchungen der Schwangeren_ _____	36
Tabelle 7:	Neun Untersuchungen des Kindes _____	36
Abbildung 1:	Entwicklung von perinataler Sterblichkeit und Säuglingssterblichkeit _____	37
Tabelle 8:	Aufwendungen für den Mutter-Kind-Pass und Anzahl an Entbindungen 2008 bis 2011 _____	38
Abbildung 2:	Aufgabenwahrnehmung Mutter-Kind-Pass _____	41



Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMFJ	Bundesministerium für Familien und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWFJ	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
etc.	et cetera
EUR	Euro
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FLAF	Familienlastenausgleichsfonds
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
Mio.	Million(en)
Hauptverband	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
rd.	rund
RH	Rechnungshof
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel





BMG BMASK BMFSF

Wirkungsbereich der Bundesministerien für Gesundheit Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Familien und Jugend

System der Gesundheitsvorsorge

Für Österreich gab es bis Ende 2013 keinen aktuellen Überblick, welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von Bund, Ländern bzw. den Sozialversicherungsträgern gesetzt wurden. Die letzte umfassende Übersicht war im Jahr 2004 erstellt worden. Eine Strategie, welche die Gebietskörperschaften und die Sozialversicherung umfasste, lag lediglich für 3,5 Mio. EUR von rd. 461 Mio. EUR vor. Für das Jahr 2014 waren eine Neuerhebung der Maßnahmen und eine stärker abgestimmte Vorgehensweise geplant.

Im österreichischen Gesundheitswesen fließt der Großteil der öffentlichen Mittel in die kurative Versorgung und weniger als 2 % in die Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten. Deutschland und die Schweiz wenden mehr Mittel dafür auf (3,7 % bzw. 2,1 % im Jahr 2011).

Die Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung bei der Organisation des Mutter-Kind-Passes war zwischen BMG, Sozialversicherung und Familienlastenausgleichsfonds getrennt. Dies führte u.a. zu teuren Änderungen im Untersuchungsprogramm, deren Nutzen nicht erwiesen war. So verblieb die interne Untersuchung entgegen der Empfehlung eines Expertengremiums im Programm, wodurch jährliche Mehrkosten von rd. 2 Mio. EUR entstanden. Durch nachträgliche Programmanpassungen für die Jahre 2008 und 2009 fielen weitere 6,5 Mio. EUR an.



KURZFASSUNG

Prüfungsziele

Ziel der Überprüfung war die Beurteilung des Ist-Standes der Vorsorgemaßnahmen, der im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Gesundheitsvorsorge verwendeten Mittel (auch im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz), der Abstimmung der Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsvorsorge zwischen den Systempartnern Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger sowie die Analyse des Vorsorgeinstruments Mutter-Kind-Pass. (TZ 1)

Allgemeiner Teil

Allgemeines

Das System der Gesundheitsvorsorge war intransparent. Dies hing mit der Verwendung unterschiedlicher Begriffe in den einschlägigen Rechtsvorschriften zusammen, die letztlich alle auf den Erhalt der Gesundheit bzw. auf die Vermeidung von Erkrankungen abzielten. Weitere Gründe waren der fehlende aktuelle Gesamtüberblick über die von den Systempartnern gesetzten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und das Fehlen einer alle Systempartner umfassenden Strategie zur systematischen Planung, Erfassung und Evaluierung der Maßnahmen der Gesundheitsförderung. (TZ 2)

Internationaler Vergleich der Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention

In Österreich fließen die öffentlichen Gesundheitsausgaben zu einem vergleichsweise hohen Prozentsatz in die versorgende (kurative) Medizin (58,5 % im Jahr 2011). Mit 1,9 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben lagen die Mittel für Prävention und Gesundheitsschutz z.B. hinter jenen in Deutschland (3,7 %) und der Schweiz (2,1 %) zurück. (TZ 3)

Ist-Stand der Gesundheitsvorsorge

Gemäß dem System of Health Accounts der OECD fielen in Österreich im Jahr 2011 rd. 460,8 Mio. EUR für Gesundheitsförderung und Prävention an. Es lag jedoch keine vollständige und institutionenübergreifende Aufstellung über alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich vor. Während der Gebärungsüberprüfung zu Beginn des Jahres 2014 beauftragte das BMG

eine Neuerhebung bzw. Aktualisierung der Daten und deren Vergleich mit den Daten der OECD. (TZ 4)

Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsvorsorge und Prävention

Im Jahr 2008 erarbeitete das BMG den Entwurf eines „Bundesgesetzes zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention“. Dieser sah u.a. die Erfassung und Abstimmung der Aktivitäten der einzelnen Leistungsträger (Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung sowie Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Bund, Bundesländer, Städte und Gemeinden sowie Gesundheit Österreich GmbH) vor. Weiters sollte eine zentrale Projektdatenbank geführt werden. Der Gesetzesentwurf wurde nicht beschlossen. (TZ 5)

Anteil der abgestimmten Mittel

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gab es bis Ende 2013 für den bei weitem überwiegenden Teil der Mittel (2011 rd. 461 Mio. EUR) keine systemumfassende Strategie. Lediglich für 3,5 Mio. EUR existierte eine Gebietskörperschaften und Sozialversicherung umfassende Strategie. Strategien für Teilsysteme wie die „Prioritätensetzung“ des Hauptverbandes waren vorhanden. (TZ 6)

Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 war eine inhaltlich abgestimmte Vorgehensweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung sicherzustellen, um eine Stärkung der Gesundheitsförderung in Österreich als wesentliches Element der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zu gewährleisten. Dies umfasste jährlich die angeführten 3,5 Mio. EUR plus neu hinzu kommende 15 Mio. EUR. Bund, Länder und Sozialversicherung vereinbarten darüber hinaus, weitere in ihren Wirkungsbereich fallende Agenden der Gesundheitsförderung an der abgestimmten Vorgehensweise (Gesundheitsförderungsstrategie) zu orientieren. Als Grundlage dafür war die gemeinsame Festlegung einer Gesundheitsförderungsstrategie bis Ende 2013 vorgesehen. Diese wurde auf 2014 verschoben. (TZ 6)



Kurzfassung

Fragebogenerhebung durch den Fonds Gesundes Österreich

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) förderte Projekte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Bewegungsförderung, Suchtprävention). Er hatte gemäß dem Gesundheitsförderungs-gesetz seine Maßnahmen und Initiativen mit bestehenden Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention abzustimmen. Eine dazu im Jahr 2008 durchgeführte Fragebogenerhebung bei den Ländern und einigen Ministerien zur Erfassung der Projektkosten und Fördersummen für die einzelnen Projekte führte wegen der mangelnden Bereitschaft des Bundes und der Länder, dem FGÖ ausreichende Informationen über ihre Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention zu geben, sowie der fehlenden systematischen Erfassung und Dokumentation der Daten, nicht zum gewünschten Ergebnis. (TZ 7)

Abstimmung von Förderdatenbanken durch den Fonds Gesundes Österreich

Im Jahr 2010 wurden alle vom FGÖ geförderten Projekte erstmals über den sogenannten „FGÖ-Projektguide“ eingereicht. Dabei handelte es sich um eine elektronische Antragstellung für Projektförderungen. Die Daten aus den beantragten und bewilligten Projekten flossen in die Datenbank des FGÖ-Projektguides ein, wodurch sich die systematische Verfügbarkeit von Daten aus den Projektanträgen erhöhte. (TZ 8)

Der FGÖ unternahm im Jahr 2013 Anstrengungen, seine Datenbank mit der Förderdatenbank des Landes Steiermark abzustimmen, um eine Zusammenführung der Daten zu ermöglichen. Dies stellte einen ersten Schritt in Richtung einer zentralen Datenbank dar. (TZ 8)

Mutter-Kind-Pass

Einführung

Das Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm war als Instrument zur gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder bis zum 62. Lebensmonat gesetzlich vorgesehen. Der Vorsorgeaspekt wurde im Entwicklungsverlauf des Mutter-Kind-Passes, der im Jahr 1974 eingeführt wurde, verstärkt und umfasste Ansätze mit dem Ziel, gesundheitliche Komplikationen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und der kindlichen Entwicklung zu vermeiden oder zu vermindern. (TZ 9)

Gesamtaufwendungen und Nutzen des Mutter-Kind-Passes

In den Jahren 2008 bis 2011 stiegen die Gesamtaufwendungen für den Mutter-Kind-Pass von 51,3 Mio. EUR auf 53,8 Mio. EUR. (TZ 10)

Der Nutzen des Mutter-Kind-Passes bzw. einzelner Untersuchungen wurde seit seiner Einführung vor rd. 40 Jahren nicht evaluiert. (TZ 10)

Aufgabenwahrnehmung

Beim Mutter-Kind-Pass beruhten Akteure und Aufgaben auf gesetzlichen Vorgaben. Das BMG legte das Untersuchungsprogramm fest und gab damit die Kosten vor, die zu zwei Drittel vom Familienlastenausgleichsfonds (FLAF) und zu einem Drittel von der Sozialversicherung zu tragen waren. Die Sozialversicherung war zudem für die operative Abwicklung mit den Ärzten zuständig. Die Trennung von Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung bei der Organisation des Mutter-Kind-Passes führte u.a. zu kostenmäßig bedeutsamen Änderungen im Untersuchungsprogramm. (TZ 11)

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm und Programmänderungen

Die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramme wurden mit der Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 festgelegt. Durch die Aufhebung einer Verordnungsnovelle noch vor ihrem Inkrafttreten verblieb die interne Untersuchung – entgegen der Empfehlung eines Expertengremiums – Programmbestandteil des Mutter-Kind-Passes. Dadurch entstanden jährlich Kosten von rd. 1,95 Mio. EUR. (TZ 13, 14)

Aufgrund von Layoutänderungen des Mutter-Kind-Pass-Dokuments konnten auch ärztliche Leistungen in den Mutter-Kind-Pass eingetragen werden, die nicht Bestandteil der Untersuchungsprogramme waren. In der Folge wurden derartige Leistungen verstärkt von den Ärzten erbracht und verrechnet. Um eine Finanzierung dieser Leistungen zu ermöglichen, wurden sie mit einer Verordnungsnovelle nachträglich zum Inhalt der Untersuchungsprogramme für die Jahre 2008 und 2009 gemacht. Bei einzelnen der sechs Leistungen (Streptokokkentest, Glucosetoleranztest, Rheususan antikörper-suchtest, Bilirubinbestimmung, Anti-D-Prophylaxe und HIV-Test) bestand ein Beschluss des Obersten Sanitätsrats, dass diese nicht im Mutter-Kind-Pass verankert werden sollten. Die Gesamtkosten



Kurzfassung

für diese nachträglichen Programmanpassungen beliefen sich auf rd. 6,5 Mio. EUR. (TZ 15)

Qualitätssicherung

Die qualitätsbezogenen Maßnahmen des BMG hinsichtlich des Mutter-Kind-Passes waren nicht ausreichend, weil eine standardisierte Vorgangsweise zu Untersuchungsinhalt und -umfang nicht gewährleistet war. So war bspw. im Mutter-Kind-Pass-Dokument unter dem Begriff Untersuchungsbefund nur einzutragen, ob die Organbefunde auffällig waren oder nicht, nicht aber, welche Organbefunde erforderlich waren. (TZ 16)

Inanspruchnahme – Gesamtmonitoring

Weder das BMG noch der Hauptverband verfügten über einen Gesamtüberblick der tatsächlichen Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Dadurch waren fundierte Aussagen über Inanspruchnahmeraten nicht möglich. (TZ 17)



BMG BMASK BMFJ

System der Gesundheitsvorsorge

Kenndaten zum System der Gesundheitsvorsorge

Rechtsgrundlagen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013
 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.g.F.
 Gesundheitsförderungsgesetz, BGBl. I Nr. 51/1998 i.d.g.F.
 Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.g.F.
 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F.
 Kinderbetreuungsgeldgesetz, BGBl. I Nr. 103/2001 i.d.g.F.
 Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002, BGBl. II Nr. 470/2001 i.d.g.F.

Gebahrung	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2008 bis 2011
	in Mio. EUR				in %
Bund	140,28	138,12	134,84	132,21	- 5,8
Länder	80,33	73,50	81,43	79,79	- 0,7
Gemeinden	25,37	25,81	24,76	25,28	- 0,4
Sozialversicherung	206,91	213,87	219,95	223,52	+ 8,0
gesamt	452,90	451,30	460,97	460,79	+ 1,7

Gebahrung Mutter-Kind-Pass	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2008 bis 2011
	in Mio. EUR				in %
Familienlastenausgleichsfonds	33,13	33,50	35,49	36,08	+ 8,9
Sozialversicherung	18,14	18,63	17,26	17,69	- 2,5
gesamt	51,27	52,13	52,76	53,77	+ 4,9

Quellen: Statistik Austria, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Bundesrechnungsabschlüsse 2008 bis 2011

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte im September und Oktober 2013 das System der Gesundheitsvorsorge im BMG, im BMFJ¹, im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) und in der Gesundheit Österreich GmbH.

Ziel der Überprüfung war die Beurteilung des Ist-Standes der Vorsorge-maßnahmen, der im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Gesundheitsvorsorge verwendeten Mittel (auch im Vergleich

¹ Seit März 2014 war das BMFJ für den Familienlastenausgleichsfonds zuständig, der rund zwei Drittel der Kosten für den Mutter-Kind-Pass trug (vor März 2014 lag die Zuständigkeit beim BMWFJ).



Prüfungsablauf und -gegenstand

zu Deutschland und der Schweiz), der Abstimmung der Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsvorsorge zwischen den Systempartnern Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger sowie die Analyse des Vorsorgeinstruments Mutter-Kind-Pass.

Der RH verwendet in seinem Bericht vorrangig die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention und meint damit alle Maßnahmen, welche die Förderung des Gesundbleibens bzw. die Vermeidung oder Reduzierung von Krankheiten betreffen.

Der Überprüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2008 bis 2011.

(2) Zu dem im Mai 2014 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Mai 2014, das BMFJ im Juni 2014, der Hauptverband im Juli 2014 und das BMG im August 2014 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Oktober 2014, gegenüber der GÖG war eine Gegenäußerung nicht erforderlich.

Allgemeines

2.1 (1) Der Begriff der Gesundheitsvorsorge wurde z.B. im ASVG und dessen Parallelgesetzen verwendet, ebenso im Bundesministeriengesetz bei der Festlegung der Zuständigkeit des BMG². Eine klare Definition dieses Begriffs erfolgte in diesen Gesetzen nicht.

(2) Die Gesundheitsförderung zielte gemäß dem Gesundheitsqualitätsgesetz³ darauf ab, den Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Das Gesundheitsförderungsgesetz⁴ sah Maßnahmen und Initiativen vor, die zur Erreichung folgender Zielsetzungen beitragen sollen:

- Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens sowie
- Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten und über die Gesundheit beeinflussende seelische, geistige und soziale Faktoren.

² „Dazu gehören insbesondere auch Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge einschließlich der Gesundheitsvorsorge für den schulischen Bereich.“

³ BGBl. I Nr. 179/2004

⁴ BGBl. I Nr. 51/1998

(3) Der Begriff Prävention war z.B. im – vom BMG herausgegebenen – Handbuch für den öffentlichen Gesundheitsdienst als „Krankheitsvorbeugung bzw. –vermeidung“ definiert:⁵

Abhängig vom Zeitpunkt, zu dem eine vorbeugende Maßnahme gesetzt werden kann, unterschied das Handbuch zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention:

- Die Primärprävention dient der Verhinderung der Krankheitsentstehung bei noch gesunden Menschen, hspw. durch Vermeidung von Risikofaktoren (nicht rauchen, nicht fett essen usw.).
- Die Sekundärprävention dient der Verhinderung des Fortschreitens eines frühen symptomlosen Erkrankungsstadiums bei beschwerdefreien Menschen (Person fühlt sich gesund). Dabei gilt es, die durch sogenannte Früherkennungsuntersuchungen entdeckten Krankheitsfrühstadien einer frühzeitigen Behandlung zuzuführen.
- Die Tertiärprävention dient schließlich der Verhinderung einer Verschlimmerung von bereits aufgetretenen **Erkrankungen** bzw. der **Vermeidung von Folgeschäden** oder **Behinderungen** bei kranken Menschen. **Dazu zählen hspw.** eine effektive Behandlung und entsprechende **Rehabilitationsmaßnahmen**.

(4) Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 erfolgten Änderungen bei den gesetzlichen Vorgaben wie hspw. bei der Krankenversicherung. Gemäß § 116 Abs. 1 Z 1 ASVG hatte diese Vorsorge für die Früherkennung von Krankheiten⁶ und aufgrund der Novellierung des § 116 Abs. 1 Z 5 ASVG zusätzlich für Prävention⁷ zu treffen. Im ASVG wurden daher die Begriffe Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung, Krankheitsverhütung, Gesundheitsfürsorge, Prävention und Gesundheitsförderung verwendet.

(5) Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wurden von den Systempartnern Bund, Länder und Sozialversicherungsträger durchgeführt. Auch der FGÖ förderte Projekte in diesen Bereichen (vgl. TZ 7 und 8). Es gab aber keinen aktuellen Gesamtüberblick, welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von den

⁵ „Dabei gilt es, den Eintritt von Ereignissen oder Umständen, die zu Gesundheitsbeeinträchtigungen, Erkrankungen, zu deren Verschlimmerungen oder zum Auftreten von mit diesen Krankheiten im Zusammenhang stehenden Folgeerscheinungen und Behinderungen sowie deren Fortschreiten führen, zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen.“

⁶ und Erhaltung der Volksgesundheit

⁷ neben der zielgerichteten, wirkungsorientierten Gesundheitsförderung (Salutogenese)



Allgemeines

Systempartnern gesetzt wurden (vgl. TZ 4). Ebenso fehlte eine sämtliche Systempartner umfassende Strategie, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung systematisch planen, erfassen und evaluieren zu können (vgl. TZ 6).

- 2.2 Der RH hielt kritisch fest, dass das System der Gesundheitsvorsorge intransparent war. Dies hing mit der Verwendung unterschiedlicher Begriffe in den einschlägigen Rechtsvorschriften zusammen, die letztlich alle auf den Erhalt der Gesundheit bzw. auf die Vermeidung von Erkrankungen abzielten. Weitere Gründe für die Intransparenz des Systems waren der fehlende aktuelle Gesamtüberblick über die von den Systempartnern gesetzten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und das Fehlen einer alle Systempartner umfassenden Strategie zur systematischen Planung, Erfassung und Evaluierung der Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, akkordierte Begriffsdefinitionen zu erarbeiten, um die Basis für eine Leistungsabstimmung zwischen den Systempartnern zu schaffen. Er empfahl weiters, alle für Gesundheitsförderung und Prävention aufgewendeten Mittel einer gemeinsamen Strategie und damit einer abgestimmten Vorgehensweise zu unterstellen sowie einen aktuellen Gesamtüberblick sicherzustellen (vgl. TZ 4 und 6).

- 2.3 (1) Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die unterschiedlichen Begriffsdefinitionen sich auch dadurch ergäben, dass Gesundheitsförderung einen relativ jungen Fachbereich darstelle, welcher in älteren gesetzlichen Bestimmungen noch nicht bzw. mit historischen Begriffen berücksichtigt worden sei. Bei künftigen Gesetzesvorhaben werde auf eine einheitliche Begrifflichkeit zu achten sein. Als Grundlage dafür solle das der aktuell beschlossenen Gesundheitsförderungsstrategie angeschlossene Glossar Anwendung finden, das mit den Glossaren der Rahmen-Gesundheitsziele und des FGÖ kompatibel sei.

(2) Der Hauptverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Rahmen-Gesundheitsziele mit Nationalen Aktionsplänen zur Ernährung und Bewegung sowie mit dem Kindergesundheitsdialog bereits definitorische Festlegungen zu den Begrifflichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention enthalten würden.



BMG BMASK BMF

System der Gesundheitsvorsorge

Internationaler Vergleich der Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention

3.1 Im österreichischen Gesundheitswesen fließt der Großteil der öffentlichen Mittel in die (kurative) Versorgung und weniger als 2 % in die Prävention von Krankheiten. Laut dem System of Health Accounts der OECD⁸ verteilen sich in Österreich im Jahr 2011 die Gesamtausgaben für Gesundheit wie folgt:

Tabelle 1: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Österreich 2011

Art der Gesundheitsleistung	Österreich	OECD in %	Differenz
Leistungen der kurativen Gesundheitsversorgung	58,5	54,5	+ 4,0
Langzeitpflege	15,6	14,1	+ 1,5
Ambulante Abgabe medizinischer Güter	13,4	16,2	- 2,8
Leistungen der rehabilitativen Gesundheitsversorgung	4,7	3,0	+ 1,7
Verwaltung und Versicherung der Gesundheitsversorgung	3,1	3,3	- 0,2
Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung	2,8	5,4	- 2,6
Prävention und Gesundheitsschutz ¹	1,9	3,4	- 1,5
Sonstige Leistungen	0,0	0,1	- 0,1

¹ Die verwendeten Begriffe wurden der deutschsprachigen Übersetzung des OECD-Manuals entnommen. „Prävention und Gesundheitsschutz“ entspricht den in diesem Bericht verwendeten Begriffen „Gesundheitsförderung und Prävention“.

Quelle: OECD

Österreich lag im Jahr 2011 bei den kurativen Mitteln an der sechsten Stelle und bei den Mitteln für Prävention und Gesundheitsschutz an der 16. Stelle der 20 Staaten, für die vollständige Daten der OECD vorlagen.

Ein Vergleich der öffentlichen Gesundheitsausgaben Deutschlands, Österreichs und der Schweiz ergab folgendes Bild:

⁸ Das System of Health Accounts ist eine internationale Statistik über öffentliche und private Gesundheitsausgaben, die darin in einer vergleichbaren Struktur dargestellt werden.

Der Vergleich mit den OECD-Werten erfolgte mit den Daten jener 19 Staaten, von denen wie bei Österreich vollständige Daten vorlagen.

2011 war zum Zeitpunkt der Erstellung des Prüfungsergebnisses das aktuellste verfügbare Jahr.



Internationaler Vergleich der Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention

Tabelle 2: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahr 2011

	Deutschland	Österreich	Schweiz
	in Mio. EUR		
Bruttoinlandsprodukt (BIP)	2.592.600,0	300.712,4	475.513,8
Öffentliche Gesundheitsausgaben	224.618,0	24.707,8	33.985,3
Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz ¹	8.199,0	460,8	704,9
	in %		
Öffentliche Gesundheitsausgaben in % des BIP	8,7	8,2	7,1
Prävention und Gesundheitsschutz ¹ in % der öffentlichen Gesundheitsausgaben	3,7	1,9	2,1

¹ Die verwendeten Begriffe wurden der deutschsprachigen Übersetzung des OECD-Manuals entnommen. „Prävention und Gesundheitsschutz“ entspricht den in diesem Bericht verwendeten Begriffen „Gesundheitsförderung und Prävention“.

Quelle: OECD

Es zeigte sich, dass in Deutschland bei einem im Vergleich zu Österreich deutlich höheren Anteil an Präventionsmaßnahmen (3,7 %) die Gesundheitsausgaben trotzdem einen höheren Anteil des BIP ausmachten (8,7 %), während in der Schweiz bei einem annähernd gleich hohen Anteil der Präventionsausgaben (2,1 %) die Gesundheitsausgaben einen kleineren Anteil am BIP (7,1 %) beanspruchten.

3.2 Der RH hielt fest, dass in Österreich die öffentlichen Gesundheitsausgaben mit 58,5 % im Jahr 2011 zu einem vergleichsweise hohen Prozentsatz in die versorgende (kurative) Medizin fließen. Mit 1,9 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben lagen die Mittel für Prävention und Gesundheitsschutz z.B. hinter jenen in Deutschland (3,7 %) und der Schweiz (2,1 %) zurück.

3.3 Das BMG verwies in seiner Stellungnahme im Hinblick auf den im internationalen Vergleich niedrigen Anteil der Mittel für Prävention und Gesundheitsschutz darauf, dass durch die Zielsteuerung Gesundheit in den nächsten zehn Jahren 150 Mio. EUR zusätzlich zur Verfügung gestellt würden.



BMG BMASK BMFS

System der Gesundheitsvorsorge

Ist-Stand der Gesundheitsvorsorge

4.1 (1) Eine aktuelle Gesamtübersicht über die in Österreich gesetzten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention war nicht vorhanden. Weder das BMG noch der Hauptverband verfügten über einen Überblick, welche Maßnahmen von den anderen Systempartnern gesetzt wurden. Zudem war das BMG nicht im Detail über die Aktivitäten der anderen Bundesministerien zur Gesundheitsförderung und Prävention informiert, der Hauptverband nicht über jene der einzelnen Sozialversicherungsträger.

(2) Der letzte umfassende Überblick über die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention wurde vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag des BMG im Jahr 2004 (mit Daten des Jahres 2001) erstellt. Ein Versuch des FGÖ im Jahr 2008, einen Überblick über die Gesundheitsförderungsstrukturen in Österreich mittels Fragebogenerhebung bei den Ländern und den Bundesministerien zu gewinnen, führte nicht zum gewünschten Erfolg. Ein Grund dafür lag in der mangelnden Bereitschaft der Länder und des Bundes, Auskunft über ihre Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention zu geben (vgl. TZ 7).

Zu Beginn des Jahres 2014 wurde während der Gebarungsüberprüfung durch den RH die Gesundheit Österreich GmbH mit einer Neuerhebung bzw. Aktualisierung der zuletzt für das Jahr 2001 vom ÖBIG erhobenen Daten beauftragt⁹. Die Unterschiede zu internationalen Erhebungen der OECD sollten beschrieben und aktuelle Entwicklungen wie die Rahmen-Gesundheitsziele sollten berücksichtigt werden. Als Nutzen für den Auftraggeber wurde die Nutzung einer systematischen Übersicht als Grundlage für die Planung von Gesundheitsförderung und Prävention genannt.

(3) Aktuelle Daten zur Gesundheitsförderung und Prävention wurden von der Bundesanstalt Statistik Österreich (Statistik Austria) für das System of Health Accounts der OECD zusammengestellt. Nachdem die Verwendung von Begriffen wie Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsvorsorge etc. nicht klar definiert war (vgl. TZ 2), war auch nicht eindeutig definiert, welche Ausgaben von der Statistik Austria zu erfassen waren. Darüber hinaus erfolgte die Zusammenstellung nicht in Kenntnis der tatsächlich gesetzten einzelnen Maßnahmen, sondern als Auszug aus den verfügbaren Rechenwerken der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungsträger.

⁹ Beauftragung und Finanzierung durch das BMG, Kofinanzierung durch den Hauptverband



Ist-Stand der Gesundheitsvorsorge

Gemäß dem System of Health Accounts stellten sich die öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention¹⁰ in den Jahren 2008 bis 2011 bei den Systempartnern Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger wie folgt dar:

Tabelle 3: Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention					
	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2008 bis 2011
	in Mio. EUR				in %
Bund	140,28	138,12	134,84	132,21	– 5,8
Länder	80,33	73,50	81,43	79,79	– 0,7
Gemeinden	25,37	25,81	24,76	25,28	– 0,4
Sozialversicherungsträger	206,91	213,87	219,95	223,52	+ 8,0
gesamt	452,90	451,30	460,97	460,79	+ 1,7

Quelle: Statistik Austria, System of Health Accounts

Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention stiegen demnach von 2008 bis 2011 um 7,9 Mio. EUR (1,7 %) an. Maßnahmen der Rehabilitation (Tertiärprävention) waren in dieser Tabelle nicht enthalten, weil sie gemäß den internationalen Vorgaben in einer eigenen Kategorie berücksichtigt wurden. Knapp die Hälfte der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention fielen bei den Sozialversicherungsträgern an (2011: 223,52 Mio. EUR).

(4) In der vom Hauptverband erstellten Präventionsbilanz der österreichischen Sozialversicherung waren für das Jahr 2011 für den Bereich der Krankenversicherung folgende Ausgaben ausgewiesen:

¹⁰ Diese entsprechen den im internationalen Vergleich „Prävention und Gesundheitsschutz“ genannten Ausgaben.



Ist-Stand der Gesundheitsvorsorge

BMG BMASK BMFS

System der Gesundheitsvorsorge

Tabelle 4: Auszug aus der Präventionsbilanz der österreichischen Sozialversicherung 2011

	in Mio. EUR
Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (u.a. humangenetische Vorsorgemaßnahmen, FSME-Impfungen)	38,5
Impfungen (einschließlich Kinderimpfkonzept, ohne FSME)	2,4
Präventive Leistungen im niedergelassenen Bereich	261,2
Präventive Leistungen in der Zahnmedizin	68,2
Mutter-Kinder-Pass-Untersuchungen ¹	17,5
Jugendlichenuntersuchungen	2,5
Vorsorgeuntersuchungen	90,0
Medizinische Rehabilitation	338,7
Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (Kuren) und Krankheitsverhütung	79,7
	898,9

¹ Nettoaufwand nach Abzug der Kostenerstattung des Bundes

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2011 betrugen laut Präventionsbilanz im Bereich der Krankenversicherung rd. 899 Mio. EUR. Im Vergleich dazu waren die in den OECD-Daten enthaltenen öffentlichen Ausgaben der Sozialversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention mit rd. 224 Mio. EUR um rd. 75 % niedriger.

Der Unterschied erklärt sich zum einen dadurch, dass in der Präventionsbilanz auch die präventiven Leistungen im niedergelassenen Bereich wie z.B. Laboruntersuchungen und Mammografien enthalten waren. Diese wurden vom Hauptverband mit 12 % des Gesamtaufwands im kurativen Bereich hochgerechnet und betrugen im Jahr 2011 rd. 261 Mio. EUR. Zum anderen waren in der Präventionsbilanz auch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (rd. 339 Mio. EUR) sowie Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (Kuren) und Krankheitsverhütung (rd. 80 Mio. EUR) ausgewiesen¹¹.

¹¹ Die Präventionsausgaben der Unfallversicherung (rd. 141 Mio. EUR) und der Pensionsversicherung (rd. 722 Mio. EUR) betrafen vorwiegend Maßnahmen der Rehabilitation und wurden aus diesem Grund nicht näher behandelt.



Ist-Stand der Gesundheitsvorsorge

- 4.2 Der RH kritisierte, dass keine vollständige und institutionenübergreifende Aufstellung über alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich vorlag. Er beurteilte deshalb die während seiner Gebarungsüberprüfung beauftragte Neuerhebung bzw. Aktualisierung der Daten und deren Vergleich mit den Daten der OECD positiv. Der RH verwies auf seine Empfehlung, akkordierte Begriffsdefinitionen zu erarbeiten (vgl. TZ 2), weil eine klare Abgrenzung der Leistungen die Basis für eine fundierte Erhebung darstellt.

Um bis zum Vorliegen der neu beauftragten Studie über eine möglichst umfassende Übersicht für Steuerungszwecke verfügen zu können, empfahl der RH dem BMG und dem Hauptverband, in einem ersten Schritt aus den bereits vorhandenen Unterlagen die Informationen zu Gesundheitsförderung und Prävention zusammenzuführen.

- 4.3 (1) *Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass Anfang 2015 erste Ergebnisse einer Update-Erhebung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention zu erwarten seien. Die Aktualisierung der Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention als Abgrenzungskriterium für die Erhebung der Ausgaben werde ein erster wichtiger Schritt dieser Erhebung sein, die auch zu einem gemeinsamen Verständnis und mehr Transparenz beitragen werde.*

(2) Der Hauptverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass ihm aufgrund der Dokumentation von geplanten und umgesetzten Maßnahmen mit Anfang Jänner 2014 ein Gesamtüberblick für die Sozialversicherung vorliege. Die darin dokumentierten Maßnahmen sollten in das im Bundeszielsteuerungsvertrag festgelegte Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie einfließen. Ein entsprechendes Gesamtkonzept werde von den Partnern des Bundeszielsteuerungsvertrags erarbeitet.

Hinsichtlich des Auszugs aus der Präventionsbilanz der österreichischen Sozialversicherung wies der Hauptverband darauf hin, dass sich die Darstellung im Bericht nur auf die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung bezogen habe und Maßnahmen durch die Unfallversicherung (2011: 140,7 Mio. EUR) und die Pensionsversicherung (2011: 722 Mio. EUR) nicht ausgewiesen worden seien.

- 4.4 Der RH stellte gegenüber dem Hauptverband klar, dass die Präventionsausgaben der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung vorwiegend Maßnahmen der Rehabilitation betrafen. Diese werden in internationalen Vergleichen (siehe TZ 3) in einer eigenen Kategorie berücksichtigt, weshalb sie in diesem Bericht nicht näher behandelt werden.



BMG BMASK RMFJ

System der Gesundheitsvorsorge

Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention

Gesetzesentwurf zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention

5.1 Im Jahr 2008 erarbeitete das BMG den Entwurf eines „Bundesgesetzes zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention“. Dieser Entwurf sah vor, der Bundesgesundheitsagentur u.a. folgende Aufgaben zu übertragen:

- Festlegung vorrangiger Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention,
- Festlegung von Gesamtstrategien und zielgruppenspezifischen Strategien zur Erreichung der Ziele,
- Abstimmung der Maßnahmen der verschiedenen Leistungsträger,
- Vergabe von Fördermitteln zur Umsetzung der festgelegten Ziele und Strategien an die Leistungsträger und
- Erstellung eines Gesundheitsförderungs- und Präventionsberichts.

Als Leistungsträger wurden die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung sowie der Hauptverband, der Bund, die Bundesländer, die Städte und Gemeinden sowie die Gesundheit Österreich GmbH definiert.

Die Gesamtstrategie sollte zur nachhaltigen Sicherstellung der Gesundheit der Bevölkerung nicht nur den Gesundheitssektor, sondern alle Politikfelder (wie Umweltrecht, Baurecht, Verkehrsrecht) einbeziehen („Health in All Policies“-Ansatz). Im Sinne eines „Health in All Policies“-Ansatzes umfassen die Rahmen-Gesundheitsziele¹² für Österreich Ziele wie bspw. die Sicherstellung einer sauberen Umwelt und qualitativ hochwertiger Lebensmittel, die Förderung des Bewusstseins für Gesundheitsvorsorge und die Integration von ausreichend Bewegung in den Alltag inklusive Infrastruktur (Radwege, Spielplätze, Pausenräume in Schulen etc.).

¹² Die Rahmen-Gesundheitsziele wurden ab Herbst 2011 von einem sektorenübergreifend und interdisziplinär zusammengesetzten Plenum erarbeitet. Die fachliche Koordination und Begleitung erfolgte durch das BMG und die Gesundheit Österreich GmbH. Die Rahmen-Gesundheitsziele wurden im Juni 2012 von der Bundesgesundheitskommission sowie im Juli 2012 vom Ministerrat und Nationalrat beschlossen. Die im Zuge der Gesundheitsreform 2013 beschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013 richtet sich gemäß Art. 4 an den Rahmen-Gesundheitszielen aus. Die aus den Rahmen-Gesundheitszielen abgeleiteten konkreten Ziele und Maßnahmen für die einzelnen Politikbereiche lagen Ende November 2013 noch nicht vor.



Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention

Im Gesetzesentwurf war vorgesehen, dass der Bundesgesundheitsagentur ab dem Jahr 2010 jährlich Mittel von 90 Mio. EUR für die Finanzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention vom Bund zur Verfügung gestellt werden.

Geplant war in diesem Zusammenhang auch die Einrichtung bzw. Führung einer Projektdatenbank durch die Gesundheit Österreich GmbH. Diese allgemein zugängliche strukturierte Projektdatenbank sollte laufende und bereits abgeschlossene Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention enthalten. Maßnahmen und Initiativen, für die Fördermittel vergeben wurden, sollten jedenfalls in die Datenbank aufgenommen werden.

Der Gesetzesentwurf wurde nicht beschlossen.

- 5.2 Der RH erachtete die im Gesetzesentwurf vorgesehene Erfassung und Abstimmung der Aktivitäten der einzelnen Leistungsträger als unabdingbar, um eine Gesamtstrategie im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln zu können (vgl. TZ 6). Den im Entwurf genannten Betrag von jährlich 90 Mio. EUR konnte der RH allerdings nicht nachvollziehen.

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Führung einer zentralen Projektdatenbank stellt aus Sicht des RH ein geeignetes Instrument dar, um eine effiziente Mittelverwendung sicherzustellen (vgl. TZ 8).

Anteil der abgestimmten Mittel

- 6.1 (1) Für den bei weitem überwiegenden Teil der von den Systempartnern (Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger) bereitgestellten Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention (2011 rd. 461 Mio. EUR) gab es keine systemumfassende Strategie.

Im Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode (2008 bis 2013) war für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention eine Gesamtsteuerung auf österreichischer Ebene durch die Bundesgesundheitskommission, das Organ der Bundesgesundheitsagentur, vorgesehen.

Die Bundesgesundheitsagentur hatte jährlich 3,5 Mio. EUR ihrer Mittel zur Förderung wesentlicher Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie für Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung zu verwenden. Die Verwendung war von Bund, Ländern und Sozialversicherung einvernehmlich festzulegen.



Abstimmung der Aktivitäten der
Gesundheitsförderung und Prävention

BMG BMASK BMFSF

System der Gesundheitsvorsorge

Für diese 3,5 Mio. EUR gab es eine vom ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur erstellte Gesamtstrategie. Sie gab als Kriterien für Projekte u.a. einen hohen Gesundheitsnutzen, einen Bedarfsnachweis, die Nachhaltigkeit der erzielten Veränderungen, klare und operationalisierte Ziele, ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis, eine einheitliche Dokumentation und Transparenz in der Mittelverwendung vor.

Für seinen eigenen Bereich der Sozialversicherungsträger hatte der Hauptverband eine „Prioritätensetzung in der Gesundheitsförderung und Prävention 2009 bis 2013“ erstellt, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung systematisch planen, erfassen und evaluieren zu können. Er hielt darin u.a. ausdrücklich fest, dass im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen alle beteiligten Akteure vor große Herausforderungen stellten und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Kompetenz die Gebietskörperschaften und die Sozialversicherung stärker als bisher gemeinsame und abgestimmte Maßnahmen setzen sollten.

Bis Ende des Jahres 2013 war für die Aktivitäten von Gebietskörperschaften und Sozialversicherung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention noch keine umfassende Strategie vorhanden. Die Abstimmung der Mittel stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 5: Abstimmung der Mittel

Mittel der Gesundheitsförderung und Prävention	Status der Abstimmung
457,5 Mio. EUR: Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung	keine alle Systempartner umfassende Strategie
3,5 Mio. EUR: wesentliche Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme der Bundesgesundheitsagentur	„Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“

Quelle: RH

Eine gemeinsame alle Systempartner umfassende Strategie gab es also bis Ende 2013 für weniger als 1 % aller Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention.

[2] Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 sollte die Gesundheitsförderung gestärkt werden. Zu diesem Zweck waren in allen Landesgesundheitsfonds so genannte Gesundheitsförderungsfonds einzurichten, die mit insgesamt 150 Mio. EUR für zehn Jahre dotiert waren. Diese Mittel waren zu 130 Mio. EUR von der Sozialversicherung und zu 20 Mio. EUR von den Ländern aufzubringen. Eine zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung abgestimmte Vorgangsweise sollte auch für diese Mittel sichergestellt werden. Als Grundlage



Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention

dafür war die gemeinsame Festlegung einer Gesundheitsförderungsstrategie bis Ende 2013 vorgesehen. Diese wurde auf 2014 verschoben.

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag¹³ hielt in Art. 12 fest, dass eine inhaltlich abgestimmte Vorgehensweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung sicherzustellen sei, um eine Stärkung der Gesundheitsförderung in Österreich als wesentliches Element der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zu gewährleisten. Gemäß Art. 12 Abs. 1 umfasste die Abstimmung die oben dargestellten 3,5 Mio. EUR plus die neu hinzukommenden 15 Mio. EUR pro Jahr. In Abs. 4 vereinbarten die Vertragsparteien darüber hinaus, weitere in ihren Wirkungsbereich fallende Agenden der Gesundheitsförderung an der abgestimmten Vorgehensweise (Gesundheitsförderungsstrategie) zu orientieren.

- 6.2 Der RH kritisierte, dass die einzige alle Systempartner umfassende Strategie – nämlich jene der Bundesgesundheitsagentur – bis Ende 2013 nur für weniger als 1 % aller Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention verbindlich war.¹⁴ Er begrüßte daher die Zielsetzung im Rahmen der Gesundheitsreform 2013, eine inhaltlich abgestimmte Vorgehensweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung herzustellen¹⁵. Er empfahl dem BMG und dem Hauptverband sicherzustellen, dass tatsächlich alle für Gesundheitsförderung und Prävention aufgewendeten Mittel einer gemeinsamen Strategie und damit einer abgestimmten Vorgehensweise unterstellt werden.

Der RH anerkannte die bestehenden Strategien der Sozialversicherung und der Bundesgesundheitsagentur im Zusammenhang mit der Verwendung von Gesundheitsförderungsmitteln.

- 6.3 (1) *Das BMG stimmte in seiner Stellungnahme den Ausführungen des RH bezüglich der Notwendigkeit einer guten Abstimmung der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention grundsätzlich zu. Mit den Rahmen-Gesundheitszielen und der Zielsteuerung Gesundheit habe die Gesundheitspolitik bereits auf diese zentrale Notwendigkeit reagiert und wesentliche Eckpunkte für eine Neuorientierung der Gesundheits-*

¹³ Abgeschlossen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung, beruhend auf der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, sowie dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 81/2013, unter Berücksichtigung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, mit der die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geändert wird.

¹⁴ Vergleiche auch die Positionen des RH zur Verwaltungsreform, Reihe 2011/1, S. 267, in denen der RH eine bessere Koordination der Maßnahmen der Gesundheitsförderung und die Erstellung eines mit anderen Förderungsgebern abgestimmten Gesundheitsförderungskonzepts für notwendig erachtet hat.

¹⁵ Die als Grundlage für die abgestimmte Vorgangsweise vorgesehene Gesundheitsförderungsstrategie war bis Ende 2013 nicht fertig gestellt.



Abstimmung der Aktivitäten der
Gesundheitsförderung und Prävention

BMG BMASK BMF

System der Gesundheitsvorsorge

politik in Österreich festgelegt. Insbesondere solle es dadurch auch zu einer Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich kommen. So seien neun der zehn Rahmen-Gesundheitsziele in diesem Bereich angesiedelt.

Bereits bestehende Gesundheitsziele auf Länderebene sowie Pläne und Strategien des BMG seien in die Rahmen-Gesundheitsziele eingeflossen, bei allen neuen Strategien von öffentlicher Seite sei bereits auf ein mit den Partnern abgestimmtes Vorgehen und einheitliche Begriffsdefinitionen geachtet worden.

Die Gesundheitsförderungsstrategie sei am 21. März 2014 beschlossen worden und diene nunmehr als Grundlage für die abgestimmte Verwendung der Mittel. Sie bilde einen für die nächsten zehn Jahre gültigen Rahmen für breit abgestimmtes, ziel- und wirkungsorientiertes, qualitätsgesichertes sowie partnerschaftliches Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich. Ein Monitoring des gesundheitlichen Outcomes der Maßnahmen sowie die Unterstützung überregionalen Lernens und eines Erfahrungsaustauschs werde ab 2014 mit allen Stakeholdern entwickelt werden.

Die inhaltliche Schwerpunktsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie orientiere sich an den Rahmen-Gesundheitszielen und an den – im Einklang mit den Rahmen-Gesundheitszielen stehenden – Landesgesundheitszielen. Sie umfasse alle Interventionsfelder, in denen Gesundheitsförderung und Prävention in den nächsten zehn Jahren in Österreich umgesetzt werden solle und für die Mittel der Gesundheitsförderungsfonds sowie die aktuell bis 2016 zur Verfügung gestellten Vorsorgemittel wirkungsorientiert verwendet werden müssten.

(2) Der Hauptverband verwies ebenfalls auf die inzwischen beschlossene Gesundheitsförderungsstrategie und zitierte aus deren Zielen, die eine politikfeldübergreifende Zusammenarbeit und eine breit abgestimmte Vorgehensweise im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention einschließen. Er wies weiters darauf hin, dass die Strategie nicht nur die vereinbarte Abstimmung von Bund, Ländern und Sozialversicherung vorsehen würde, sondern auch das Bestreben, alle weiteren Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention einzubinden.

Hinsichtlich der Strategie „Prioritätensetzung in der Gesundheitsförderung und Prävention 2009 bis 2013“ hielt der Hauptverband fest, dass es sich um eine strategische Ausrichtung der gesamten Sozialversicherung handle. Die Inhalte dieser Strategie sowie deren Umsetzung seien in Abstimmung mit dem BMG und dem FGÖ erfolgt.



Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention

(3) Die GÖG hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass mit der Gesundheitsförderungsstrategie erstmals, wie vom RH gefordert, eine verbindliche nationale Strategie vorliege, die alle Systempartner zu abgestimmtem Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention verpflichte. Des Weiteren verwies die GÖG auf das Gesundheitsförderungsgesetz, auf die Förderstrategie des FGÖ und die vom FGÖ durchgeführten Evaluierungen sowie auf eine von der GÖG aktuell durchgeführte Studie¹⁶, die eine Grundlage für ein umfassendes österreichisches Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzept bieten könne.

6.4 Der RH anerkannte den mittlerweile erfolgten Beschluss der Gesundheitsförderungsstrategie und insbesondere die darin erfolgte Definition eines Gesamtrahmens für alle Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Bund, Ländern und Sozialversicherung wie auch aller weiteren Akteure der Gesundheitsförderung in Österreich. Positiv beurteilte der RH weiters das in der Gesundheitsförderungsstrategie festgeschriebene Vorhaben, die Umsetzung der Strategie durch ein Monitoring zu begleiten und auch auf Landesebene zu unterstützen.

Fragebogenerhebung
durch den Fonds
Gesundes Österreich

7.1 (1) Der FGÖ¹⁷ wurde mit dem im Jahr 1998 in Kraft getretenen Gesundheitsförderungsgesetz eingerichtet.¹⁸ Dem Fonds standen für Zwecke der Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information jährlich 7,25 Mio. EUR aus dem Aufkommen aus der Umsatzsteuer nach Maßgabe des jeweiligen Finanzausgleichsgesetzes zur Verfügung.

Der FGÖ hatte gemäß dem Gesundheitsförderungsgesetz seine Maßnahmen und Initiativen mit bestehenden Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention abzustimmen. Dies setzte ausreichende Informationen über die Aktivitäten der anderen Systemteilnehmer im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention voraus.

In den Jahren 1998 bis Ende 2012 wurden österreichweit beim FGÖ 2.330 Projekte beantragt; davon wurden 1.170 Projekte genehmigt, wobei die genehmigte Fördersumme in den 15 Jahren insgesamt 53,6 Mio. EUR (Jahresdurchschnittswert rd. 3,6 Mio. EUR) betrug. Die geförderten Projekte betrafen Themen wie Übergewicht und Adi-

¹⁶ „Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich. Bestandsaufnahme. Internationale Evidenz und Perspektiven.“ im Auftrag von BMG, BMASK, Arbeiterkammer und Wirtschaftskammer.

¹⁷ Fonds im Sinne des Bundes-Stiftungs- und Fondsgesetzes, BGBl. Nr. 11/1975 i.d.g.F.; der FGÖ ist ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH, deren Alleingesellschafter der Bund ist.

¹⁸ Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information



Abstimmung der Aktivitäten der
Gesundheitsförderung und Prävention

BMG BMASK BMFSF

System der Gesundheitsvorsorge

positas, Bewegungsförderung, Suchtprävention, psychische Gesundheit etc. in bestimmten Lebenswelten (z.B. Schule, Gemeinde, Stadt, Arbeitsplatz, Betrieb).

(2) Ein umfassender Überblick über die Leistungen und Ausgaben der öffentlichen Hand für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wurde erstmals für die Jahre 1996 und 2001 vom ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsressorts erstellt. Im Jahr 2008 unternahm der FGÖ im Auftrag des Gesundheitsressorts den Versuch, für die Jahre 2005 bis 2007 eine Übersicht über die Gesundheitsförderungsstrukturen in Österreich zu erstellen und sich einen Überblick über Projekte der Gesundheitsförderung und Primärprävention zu verschaffen, die durch Projektförderung des FGÖ und der Länder finanziert wurden. Zudem sollten jene Bundesministerien einbezogen werden, die ebenfalls Projekte in diesem Bereich förderten.

Die Erhebung basierte auf Recherchen in der Förderdatenbank des FGÖ, Internetrecherchen und einer Fragebogenerhebung in den Ländern sowie bei einigen Bundesministerien bzw. bei Organisationen, die von Ländern bzw. den Bundesministerien mit Landes- bzw. Bundesmitteln unterstützt wurden. Die Fragebogenerhebungen sollten in Zukunft regelmäßig erfolgen, ebenso war ein Rückfluss der Informationen an die Länder geplant, um den Austausch über die Aktivitäten und deren Übertragbarkeit zu fördern.

Mittels Fragebogen sollten insbesondere der Titel des Projekts, die durchführende Organisation, der Ansprechpartner, die Projektkosten und die Fördersumme der einzelnen Projekte erhoben werden. Nach Rücklauf der Fragebögen zeigte sich, dass die Mehrheit der Länder nur unzureichende Angaben über die von ihnen geförderten Projekte machte und bspw. für die einzelnen Projekte keine Projektkosten und Fördersummen angab. Ebenso waren die Angaben der befragten Bundesministerien aufgrund fehlender Informationen zu einzelnen Projekten unzureichend.

Der FGÖ hielt in seinem Bericht vom Oktober 2008 gegenüber dem BMG fest, dass systematische Auswertungen zu den Fördersummen nicht möglich gewesen seien, weil viele Daten zu Strukturen und Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention von den finanzierenden Einrichtungen nicht, nur zum Teil oder nur unsystematisch dokumentiert wurden.



Abstimmung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention

- 7.2** Der RH kritisierte die mangelnde Bereitschaft des Bundes und der Länder, dem FGÖ ausreichende Informationen über ihre Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention zu geben sowie die fehlende systematische Erfassung und Dokumentation dieser Aktivitäten.

Der RH empfahl dem BMG, gemeinsam mit dem Hauptverband und den Ländern Grundlagen für eine einheitliche und systematische Dokumentation der Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen sowie einen regelmäßigen Datenaustausch sicherzustellen (vgl. TZ 8).

Abstimmung von Förderdatenbanken durch den Fonds Gesundes Österreich

- 8.1** Im Jahr 2010 wurden beim FGÖ erstmals alle Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention über den so genannten „FGÖ-Projektguide“ eingereicht. Dabei handelte es sich um eine elektronische Antragstellung für Projektförderungen. Die Daten aus den beantragten und bewilligten Projekten flossen in die Datenbank des FGÖ-Projektguides ein, wodurch sich die systematische Verfügbarkeit von Daten aus den Projekten erhöhte.

Der FGÖ unternahm im Jahr 2013 Anstrengungen, seine Datenbank mit der Förderdatenbank des Landes Steiermark abzustimmen, um eine Zusammenführung der Daten zu ermöglichen. Dabei waren zahlreiche Fragen zu klären, z.B. wie aus der Förderdatenbank des Landes Steiermark jene Projekte herausgefiltert werden können, die sich der Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne des FGÖ widmen bzw. wie die Datenübermittlung funktionieren könnte. Zum Zeitpunkt der Gebarungsüberprüfung durch den RH war die Abstimmung noch nicht abgeschlossen.

- 8.2** Der RH erachtete die Datenbank des FGÖ als geeignetes Mittel, tiefer gehende Auswertungen über jene Projekte durchzuführen, die vom FGÖ gefördert wurden.

Der RH begrüßte die Bestrebungen des FGÖ, in seine Datenbank auch Informationen über die Förderung von Projekten auf Landesebene zu integrieren. Aus Sicht des RH stellt dies einen ersten Schritt in Richtung einer zentralen Datenbank dar.

Der RH empfahl dem BMG, auf die Einrichtung einer zentralen Datenbank hinzuwirken, in welche die Aktivitäten aller Leistungsträger im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention strukturiert aufgenommen werden, um eine Abstimmung der Aktivitäten und einen effizienten Mitteleinsatz sicherzustellen. In diese Datenbank sollten bereits vorhandene Datenbanken einzelner Leistungsträger (z.B. beim FGÖ,



Abstimmung der Aktivitäten der
Gesundheitsförderung und Prävention

BMG BMASK BMFSF

System der Gesundheitsvorsorge

auf Landesebene) integriert werden. Ebenso wäre sicherzustellen, dass eine Schnittstelle zu einer gesamtösterreichischen Förderungsdatenbank hergestellt werden kann.

- 8.3** Die GÖG teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Förderungsdatenbank des FGÖ (der Projektguide) inzwischen erprobt, weiterentwickelt und ausgereift sei. Sie biete die Möglichkeit, Daten zu den Antragstellern und den Projektdurchführern, den Projektkosten und der Projektfinanzierung sowie den inhaltlichen und methodischen Merkmalen der Projekte zu erfassen und auszuwerten. Die Datenbank sei schnittstellenkompatibel und könne bundesweit organisationsbezogen angebunden sowie – nach Spezifizierung von Eingabemasken – zur Befüllung durch die verschiedensten Systempartner vom FGÖ zur Verfügung gestellt werden.

Mutter–Kind–Pass

Einführung

- 9** Das Mutter–Kind–Pass–Untersuchungsprogramm¹⁹ war als Instrument zur gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder bis zum 62. Lebensmonat gesetzlich vorgesehen²⁰. Die erste gesetzliche Grundlage des Mutter–Kind–Passes trat im Jahr 1974 in Kraft. Der Vorsorgeaspekt wurde im Entwicklungsverlauf des Mutter–Kind–Passes verstärkt²¹ und umfasste Ansätze mit dem Ziel, gesundheitliche Komplikationen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und der kindlichen Entwicklung zu vermeiden oder zu vermindern.

Die Untersuchungsprogramme waren in der Mutter–Kind–Pass–Verordnung 2002 geregelt und gestalteten sich i.d.F. BGBl. II Nr. 448/2009 in Grundzügen wie folgt:

¹⁹ Im Berichtstext verwendete der RH die Wortfolge Mutter–Kind–Pass für das Vorsorgeinstrument, das Untersuchungsprogramm und das Dokument (papierener Pass) grundsätzlich synonym.

²⁰ Der für die Untersuchten kostenlose Mutter–Kind–Pass war seit 2002 im Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG), BGBl. I Nr. 103/2001 geregelt, das eine Koppelung von Mutter–Kind–Pass–Untersuchungen an den Kinderbetreuungsgeldbezug in voller Höhe vorsah.

²¹ Zu Beginn lag der Fokus auf der Sicherstellung der medizinischen Grundbetreuung.

Mutter-Kind-Pass

Tabelle 6: Fünf¹ Untersuchungen der Schwangeren

Gynäkologische Untersuchung bis 16. Schwangerschaftswoche (SSW) einschließlich Blut-² und Ultraschalluntersuchung in 8. bis 12. SSW

Gynäkologische Untersuchung in 17. bis 20. SSW einschließlich Interne Untersuchung und Ultraschalluntersuchung in 18. bis 22. SSW

Gynäkologische Untersuchung in 25. bis 28. SSW einschließlich Blutuntersuchung

Gynäkologische Untersuchung in 30. bis 34. SSW einschließlich Ultraschalluntersuchung in 30. bis 34. SSW

Gynäkologische Untersuchung in 35. bis 38. SSW

¹ Mit Ausnahme der drei Ultraschalluntersuchungen waren alle Untersuchungen für den Kinderbetreuungsgeldbezug in voller Höhe maßgeblich.

² Die Blutuntersuchungen betrafen jeweils unterschiedliche Parameter wie bspw. die Hämoglobinwertbestimmung oder einen HIV-Test.

Quelle: Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 i.d.F. BGBl. II Nr. 448/2009

Tabelle 7: Neun¹ Untersuchungen des Kindes

Untersuchung in 1. Lebenswoche (LW) einschließlich Hüftultraschalluntersuchung

Untersuchung in 4. bis 7. LW einschließlich orthopädischer Untersuchung und Hüftultraschalluntersuchung in 6. bis 8. LW

Untersuchung zwischen 3. und 5. Lebensmonat (LM)

Untersuchung zwischen 7. und 9. LM einschließlich HNO-Untersuchung

Untersuchung zwischen 10. und 14. LM einschließlich Augenuntersuchung

Untersuchung zwischen 22. und 26. LM einschließlich fachärztlicher Augenuntersuchung

Untersuchung zwischen 34. und 38. LM

Untersuchung zwischen 46. und 50. LM

Untersuchung zwischen 58. und 62. LM

¹ Mit Ausnahme der beiden Ultraschalluntersuchungen waren die Untersuchungen bis zum 14. LM für den Kinderbetreuungsgeldbezug in voller Höhe maßgeblich.

Quelle: Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 i.d.F. BGBl. II Nr. 448/2009

Mit der Verordnungsnovelle BGBl. II Nr. 448/2009 wurde das Untersuchungsprogramm für die Schwangere um eine Ersttrimesterultraschalluntersuchung, einen HIV-Test und einen Glukosetoleranztest erweitert (vgl. TZ 14).

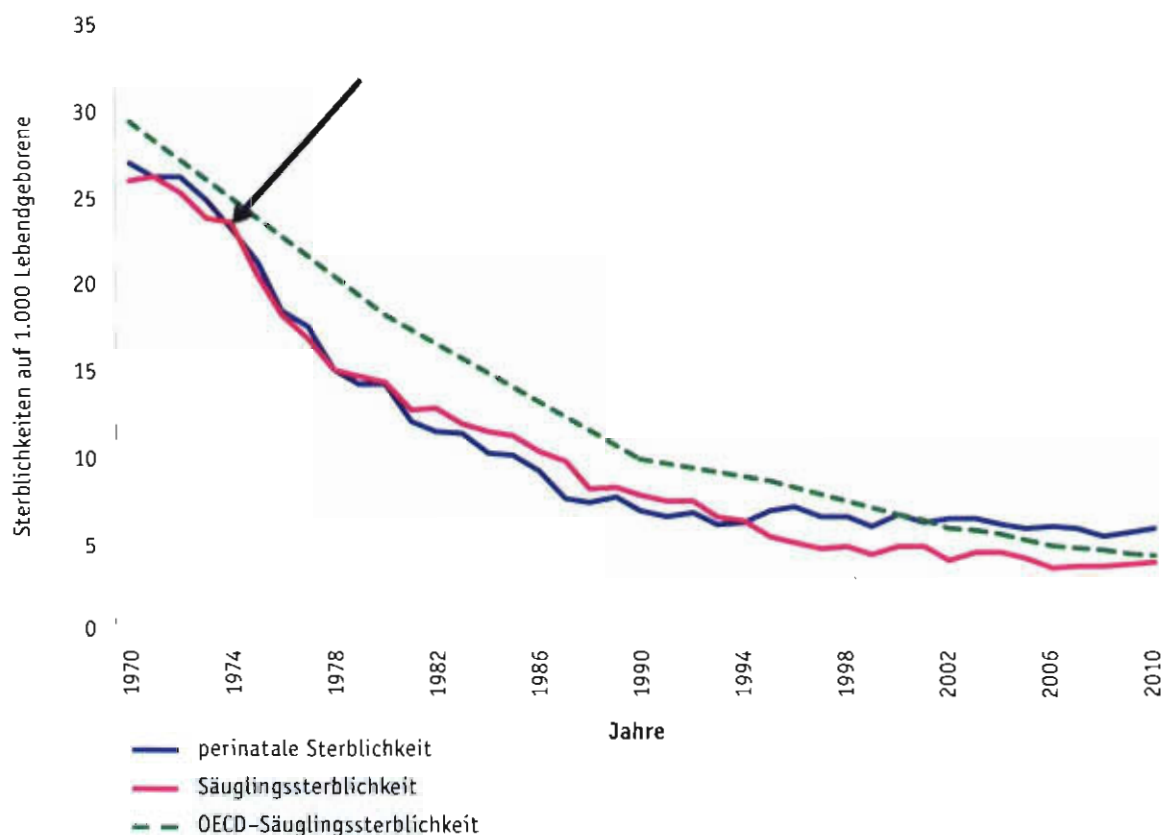
Gesamtaufwendungen und Nutzen des Mutter-Kind-Passes **10.1** (1) Totgeburten²² und bis zum siebenten Lebenstag Verstorbene wurden zur perinatalen Sterblichkeit zusammengefasst, vor dem ersten Lebensjahr Verstorbene wurden durch die Säuglingssterblichkeit beschrieben. Eine geringe perinatale Sterblichkeit und Säuglingssterb-

²² Als totgeboren galt ein Fötus, wenn das Geburtsgewicht mindestens 500 Gramm aufwies und kein Lebenszeichen erkennbar war.

lichkeit galten u.a. als Qualitätsindikatoren für pränatal diagnostische Versorgung und Geburtsmedizin.

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der perinatalen Sterblichkeit und der Säuglingssterblichkeit bezogen auf 1.000 Lebendgeborene von 1970 bis 2010 in Österreich²³. Im Vergleich dazu stellt die strichlierte Linie die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit von 1970 bis 2010 im OECD-Durchschnitt²⁴ dar. Der Pfeil markiert das Einführungsjahr des Mutter-Kind-Passes.

Abbildung 1: Entwicklung von perinataler Sterblichkeit und Säuglingssterblichkeit



Quellen: Statistik Austria und OECD; Darstellung RH

Wie die Grafik zeigt, sanken die Säuglingssterblichkeit und die perinatale Sterblichkeit von 1970 bis 2010 in Österreich deutlich. Diese positive Entwicklung traf im Wesentlichen auch auf die Säuglings-

²³ Quelle: Statistik Austria; Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

²⁴ Quelle: OECD; Die OECD in Zahlen und Fakten 2013



Mutter-Kind-Pass

sterblichkeit im OECD-Durchschnitt zu, wobei diese mit einem Wert von 4,3 im Jahr 2010 leicht über dem Wert von 3,9 in Österreich lag. In den vergangenen Jahrzehnten verbesserten sich die Lebensbedingungen (etwa im Hygienebereich) und die medizinische Versorgung kontinuierlich.

Der Nutzen des Mutter-Kind-Passes bzw. einzelner Untersuchungen wurde seit seiner Einführung vor rd. 40 Jahren noch nicht evaluiert.

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Aufwendungen für den Mutter-Kind-Pass und die Anzahl an Entbindungen in den Jahren 2008 bis 2011:

Tabelle 8: Aufwendungen für den Mutter-Kind-Pass und Anzahl an Entbindungen 2008 bis 2011					
	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2008 bis 2011
	Aufwendung in Mio. EUR				in %
FLAF	33,13	33,50	35,49	36,08	+ 8,9
Sozialversicherung	18,14	18,63	17,26	17,69	- 2,5
gesamt	51,27	52,13	52,76	53,77	+ 4,9
	Entbindungen				
	67.964	68.343	69.413	69.848	+ 2,8

Quellen: Hauptverband; Bundesrechnungsabschlüsse 2005 bis 2011

In den Jahren 2008 bis 2011 stiegen die Gesamtaufwendungen für den Mutter-Kind-Pass von 51,3 Mio. EUR auf 53,8 Mio. EUR, wobei die jährliche Steigerung rd. 1,6 % betrug. Im gleichen Zeitraum stiegen die öffentlichen Gesundheitsausgaben um rd. 4,2 % pro Jahr. Allerdings trafen potenzielle Faktoren des Kostenanstiegs im Gesundheitsbereich, wie zunehmende Überalterung, teure Arzneimittel oder hohe Gerätekosten, beim Mutter-Kind-Pass weitgehend nicht zu. Im Vergleichszeitraum stiegen die Entbindungsfälle von 67.964 auf 69.848 um rd. 2,8 %.

10.2 Der RH hielt fest, dass die Aufwendungen für den Mutter-Kind-Pass im Jahr 2011 rd. 54 Mio. EUR betrugen. Hinsichtlich des Nutzens des Mutter-Kind-Passes stellte der RH fest, dass der Beitrag des Mutter-Kind-Passes zur Senkung der perinatalen Sterblichkeit und der Säuglingssterblichkeit in den vergangenen Jahrzehnten unbekannt blieb, weil keine Evaluation der Untersuchungen im Hinblick auf den Gesundheitsnutzen erfolgte.



Mutter-Kind-Pass

BMG BMASK BMF

System der Gesundheitsvorsorge

Der RH erachtete eine Evaluation des Mutter-Kind-Passes als erforderlich. In diesem Zusammenhang empfahl er dem BMG, in Abstimmung mit dem Hauptverband die einzelnen Untersuchungen und den Mutter-Kind-Pass insgesamt hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses zu evaluieren. Dazu sollten sowohl seit bereits längerem durchgeführte als auch neu aufgenommene Untersuchungen einer Überprüfung im Hinblick auf deren Effektivität und Effizienz unterzogen werden.

- 10.3** (1) Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass es zur Neuorientierung der Eltern-Kind-Vorsorge ein wissenschaftliches Konzept beauftragt habe. Die nun vorliegenden Ergebnisse der Studie „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ würden die Konzeptionierung eines am Bedarf orientierten Vorsorgeprogramms unterstützen. Im Herbst 2014 werde der Prozess zur zeitgemäßen Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes gestartet, wobei die Vorbereitungen dazu bereits sehr intensiv seien.

Weiters hielt das BMG in seiner Stellungnahme fest, dass in den Mutter-Kind-Pass neu aufzunehmende Untersuchungen in den Jahren 1998 bis 2010 durch die Mutter-Kind-Pass-Kommission nach den geltenden Screening-Kriterien der WHO bewertet worden seien. In der Studie „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ seien auch sämtliche im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms vorgesehenen Untersuchungen hinsichtlich ihrer Evidenz analysiert und bewertet worden.

(2) Der Hauptverband stellte dazu fest, dass im BMG umfangreiche Arbeiten zum Projekt „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ laufen würden. Dieses zukunftsorientierte Projekt werde als sinnvoller erachtet als eine Evaluierung des derzeitigen Mutter-Kind-Passes im Hinblick auf Evidenz, Wirksamkeit, Sicherheit und Kosteneffektivität.

- 10.4** Der RH anerkannte die Bemühungen des BMG zur Neukonzeption der Eltern-Kind-Vorsorge und zeitgemäßen Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes. Er entgegnete jedoch, dass die Bewertung neu in den Mutter-Kind-Pass aufzunehmender Untersuchungen nach den Screening-Kriterien der WHO eine Evaluierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses einzelner Untersuchungen bzw. des Mutter-Kind-Passes insgesamt nicht ersetzen konnte.

Gleiches galt für die in der Studie „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ vorgenommene Analyse und Bewertung sämtlicher im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms vorgesehenen Untersuchungen hinsichtlich ihrer Evidenz. In diesem Zusammenhang verwies der RH auf eine



Mutter-Kind-Pass

Schlussfolgerung der Studie „Eltern-Kind-Vorsorge neu“²⁵, wonach neben der regelmäßigen Überprüfung der Evidenzgrundlage eine begleitende Evaluierung des Programms zum rechtzeitigen Erkennen eines veränderten Bedarfs sowie zur Zielüberprüfung durchgeführt werden sollte. Er hielt daher seine Empfehlung, die einzelnen Untersuchungen und den Mutter-Kind-Pass insgesamt hinsichtlich des Kosten-Nutzens-Verhältnisses zu evaluieren, aufrecht.

Der RH sah jedoch mit dem Projekt „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ und der zeitgemäßen Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes die Gelegenheit, von Beginn an ein Konzept zur begleitenden Evaluierung der Vorsorgemaßnahmen festzulegen.

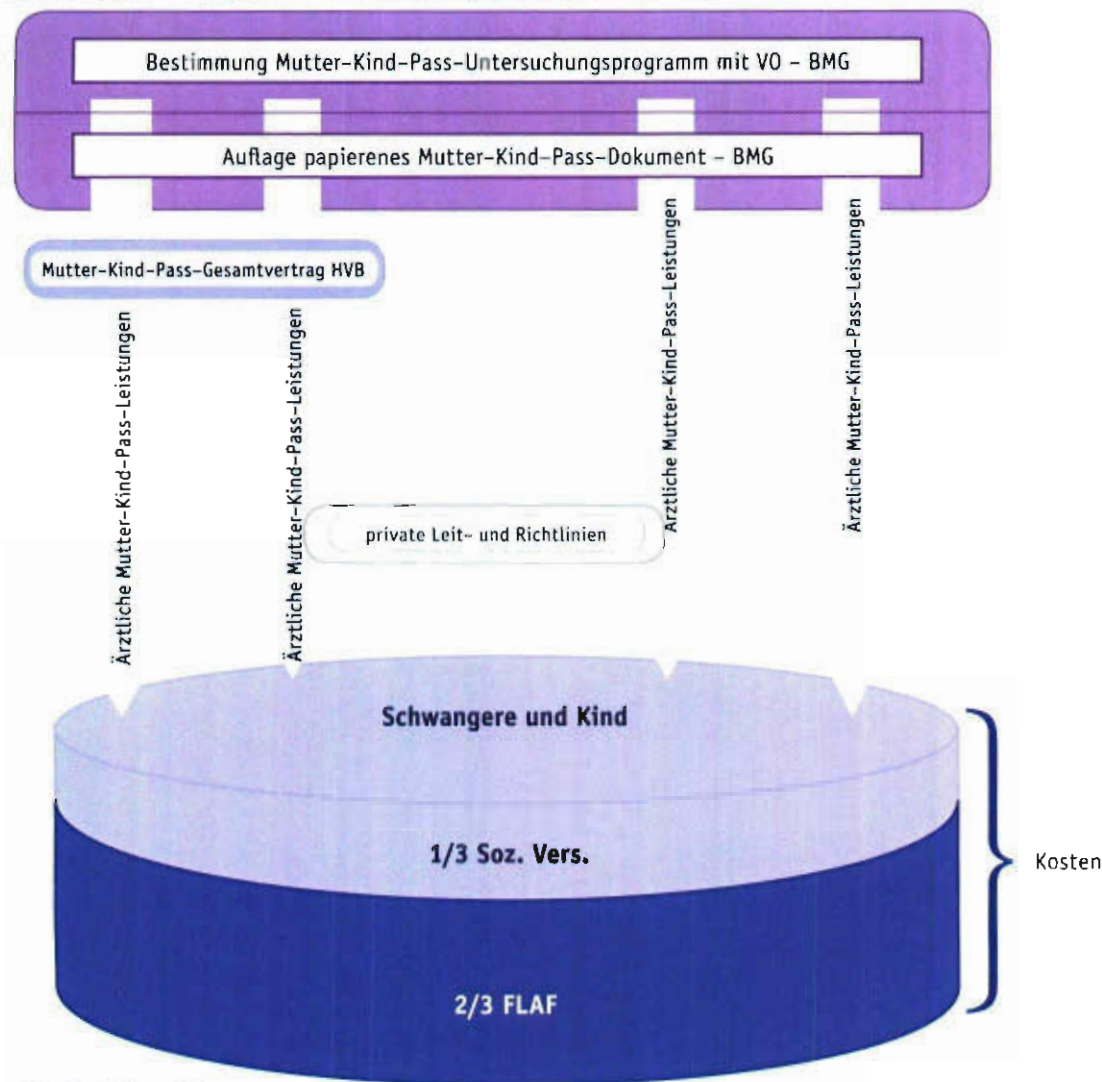
Aufgaben- wahrnehmung

11.1 Beim Mutter-Kind-Pass beruhten Akteure²⁶ und Aufgaben auf gesetzlichen Vorgaben. Die folgende Abbildung zeigt in Grundzügen die Aufgabenwahrnehmungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes:

²⁵ Reinsperger I., Winkler R., Piso B.: Eltern-Kind-Vorsorge neu Teil IX: Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien für Screenings von Schwangeren und Kindern (0–6 Jahre). HTA-Projektbericht. 2013; Nr. 62. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

²⁶ Krankenfürsorgeeinrichtungen wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit weggelassen.

Abbildung 2: Aufgabenwahrnehmung Mutter-Kind-Pass



Quelle: Darstellung RH

Wie die Grafik zeigt, erfolgte die Auflage des Mutter-Kind-Pass-Dokuments und die Bestimmung der Untersuchungsprogramme und damit die Vorgabe der Kosten durch das BMG. Die Kosten hatten zu zwei Dritteln der vom BMFJ verwaltete Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen (FLAF) und zu einem Drittel die Krankenversicherungsträger zu tragen²⁷. Regelungen zur Durchführung und Honorierung der Untersuchungen enthielt ein zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossener Gesamtvertrag. Zur sachgerechten Untersuchungsdurchführung dienten, neben einem Leitfaden des BMG²⁸, unverbindliche Leit- und Richtlinien privater Fachor-

²⁷ Bei Nichtversicherten hatte der FLAF die Untersuchungskosten zur Gänze zu tragen.

²⁸ Der als Ausfüllhilfe bezeichnete Leitfaden des BMG war auf die Schwangere und die Phase unmittelbar nach der Geburt beschränkt.

Mutter-Kind-Pass

ganisationen. Vertragspartner der Krankenversicherungsträger (Vertragsärzte) oder andere Gesundheitsdienstleister (z.B. Wahlärzte) nahmen die Untersuchungen vor.

- 11.2** Der RH hielt fest, dass beim Vorsorgeinstrument Mutter-Kind-Pass das BMG die Inhalte und damit die Kosten vorgab, die zu zwei Drittel vom FLAF und zu einem Drittel von der Sozialversicherung zu tragen waren. Die Sozialversicherung war zudem für die Abgeltung und Abwicklung von ärztlichen Mutter-Kind-Pass-Leistungen zuständig. Der RH kritisierte, dass die Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung bei der Organisation des Mutter-Kind-Passes getrennt waren, was dazu führte, dass nicht auf einen sparsamen Mitteleinsatz geachtet wurde (vgl. TZ 14 und 15).

Aus Sicht des RH wäre es daher sinnvoll, die Organisation des Mutter-Kind-Passes zu vereinfachen und sicherzustellen, dass die inhaltlichen Vorgaben zum Mutter-Kind-Pass von einem Systempartner gestaltet werden, der auch zur Finanzierung beiträgt. Dadurch könnten die Mutter-Kind-Pass-Leistungen zweckmäßiger, sparsamer und wirtschaftlicher geregelt werden. Der RH empfahl daher dem BMG, dem Hauptverband und dem für die Verwaltung des FLAF zuständigen BMFJ, auf die zu einer Konzentration der Zuständigkeiten erforderlichen gesetzlichen Regelungen hinzuwirken.

- 11.3** (1) Das BMG hielt in seiner Stellungnahme fest, dass sich die Organisation des Mutter-Kind-Passes aus den bestehenden rechtlichen Grundlagen ergebe. Im Falle einer Organisationsänderung solle die fachliche Zuständigkeit für den Mutter-Kind-Pass jedenfalls beim BMG liegen.

(2) Der Hauptverband gab dazu an, dass gesetzliche Regelungen bzw. Organisationsregelungen der Bundesverwaltung außerhalb der Zuständigkeit der Sozialversicherung lägen.

(3) Das BMFJ wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass gemäß § 7 Abs. 1 des Kinderbetreuungsgeldgesetzes Änderungen im Zusammenhang mit dem Mutter-Kind-Pass der Einvernehmensherstellung zwischen BMG und BMFJ bedürften und dieses Einvernehmen in der Darstellung des RH nicht abgebildet sei.

- 11.4** Der RH entgegnete dem BMFJ, dass der Überprüfungszeitraum der Geburtsüberprüfung im Wesentlichen die Jahre 2008 bis 2011 umfasste. Er wies darauf hin, dass erst mit der Novelle BGBl. I Nr. 197/2013 die Einvernehmensherstellung festgelegt worden sei. Bis zum 31. Oktober 2013 war der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen für die Festlegung des Mutter-Kind-Pass-Programmes zuständig,

was dem Wortlaut der Stammfassung des Kinderbetreuungsgeldgesetzes aus dem Jahr 2001 entsprach. Der RH wies schließlich darauf hin, dass es sich bei der Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 um eine Verordnung des BMG handelte.

Im Übrigen hielt der RH seine Empfehlung, auf die zu einer Konzentration der Zuständigkeiten erforderlichen gesetzlichen Regelungen hinzuwirken, aufrecht.

Mutter-Kind-Pass-Kommission des Obersten Sanitätsrats

12.1 Der Oberste Sanitätsrat war ein in seiner Aufgabenwahrnehmung unabhängiges Expertengremium zur Abgabe von Empfehlungen und zur Beratung des BMG im Zusammenhang mit dem Stand der medizinischen Wissenschaft. Änderungsvorschläge zum Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm wurden durch die dem Obersten Sanitätsrat zugeordnete Mutter-Kind-Pass-Kommission fachlich bewertet und nach Dringlichkeit gereiht (vgl. TZ 14).

12.2 Der RH wies auf die Bedeutung eines Beratungsorgans wie den Obersten Sanitätsrat bzw. die Mutter-Kind-Pass-Kommission im Zusammenhang mit dem Stand der medizinischen Wissenschaft hin und sah in Empfehlungen auf Expertenebene grundsätzlich eine geeignete Grundlage für die Gestaltung des Mutter-Kind-Pass-Programms.

12.3 Der Hauptverband pflichtete dem RH bei und merkte ergänzend an, dass sich ein beratendes Expertengremium lediglich aus Vertretern der Systempartner (Bund und Sozialversicherung) zusammensetzen sollte.

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm und Programmänderungen

13 Nach Änderung der gesetzlichen Grundlage wurden die überwiegend sekundärpräventiv ausgerichteten und als Screening²⁹ konzipierten Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramme mit der Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 (Mutter-Kind-Pass-Verordnung), BGBl. II Nr. 470/2001, festgelegt. Zwei Verordnungsnovellen in den Jahren 2008 und 2009 betrafen Programmänderungen, wovon jene aus dem Jahr 2008 noch vor ihrem Inkrafttreten wieder aufgehoben wurde.

14.1 Im Jahr 2008 wurden mit einer Verordnungsnovelle (BGBl. II Nr. 430/2008) Änderungen des Untersuchungsprogramms für die Schwangere verfügt, die mit Jänner 2010 in Kraft treten sollten. Dies betraf u.a. den Entfall

²⁹ Dabei handelte es sich um systematische Verfahren bestehend aus Testabfolgen zur Erkennung von unerkannten Krankheiten oder Defekten. Da Screenings grundsätzlich nicht als diagnostische Tests konzipiert waren, mussten positive Resultate durch einen zweiten diagnostischen Test gesichert werden.



Mutter-Kind-Pass

der internen Untersuchung und die Einführung eines oralen Glukosetoleranztests sowie eines Ersttrimesterultraschalls. Die Änderungen beruhten auf Empfehlungen des Obersten Sanitätsrats (vgl. TZ 12).

Die Verordnungsnovelle, BGBl. II Nr. 448/2009, vom Dezember 2009 hob die oben angeführte Novelle aus dem Jahr 2008 noch vor ihrem Inkrafttreten auf. Das BMG begründete dieses Vorgehen damit, dass der in der Verordnungsnovelle 2008 vorgesehene Entfall der internen Untersuchung teilweise stark umstritten war. Damit blieb die interne Untersuchung entgegen den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrats bzw. der Mutter-Kind-Pass-Kommission Programmbestandteil des Mutter-Kind-Passes und zusätzlich wurden neue Untersuchungen eingeführt (oraler Glukosetoleranztest, ein HIV-Test sowie ein Ersttrimesterultraschall). Nach Angaben des BMG beliefen sich die Kosten der internen Untersuchung auf rd. 1,95 Mio. EUR jährlich.

14.2 Der RH kritisierte, dass die interne Untersuchung, entgegen den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrats bzw. der Mutter-Kind-Pass-Kommission, im Mutter-Kind-Pass-Programm verblieben war. Damit entstanden Mehrkosten für den Mutter-Kind-Pass. Der RH empfahl dem BMG, für die Gestaltung des Mutter-Kind-Pass-Programms Empfehlungen auf unabhängiger und objektiver Expertenebene als Entscheidungsgrundlage heranzuziehen (vgl. TZ 12).

14.3 (1) *Das BMG hielt in seiner Stellungnahme fest, dass die von der Mutter-Kind-Pass-Kommission empfohlene Abschaffung der internen Untersuchung letztlich am massiven Widerstand der Ärztekammer gescheitert sei.*

(2) Laut Stellungnahme des Hauptverbandes habe die Verordnungsnovelle aus dem Jahr 2008, die noch vor Inkrafttreten aufgehoben wurde, neben dem Entfall der internen Untersuchung auch die Empfehlung enthalten, in der Schwangerschaft eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch zu nehmen. Die Verknüpfung mit der Vorsorgeuntersuchung habe nicht den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates entsprochen, weshalb sich der Hauptverband im Jahr 2008 dagegen ausgesprochen habe. Aus den gleichen Gründen habe er sich auch für den Entfall der internen Untersuchung im Jahr 2009 ausgesprochen.

14.4 Der RH wies darauf hin, dass sich neben der unabhängigen und objektiven Expertenebene auch der Hauptverband für den Entfall der internen Untersuchung aussprach.



Mutter-Kind-Pass

BMG BMASK BMFD

System der Gesundheitsvorsorge

- 15.1** Um die Dokumentationsfunktionalität des Mutter-Kind-Passes im Rahmen der Mutter-Kind-Vorsorge zu verbessern, erfolgten in den Jahren 2008 und 2009 Layoutänderungen des vom BMG herausgegebenen Mutter-Kind-Pass-Dokuments. Dabei sollten bestimmte ärztliche Leistungen in den Mutter-Kind-Pass eingetragen werden können, die jedoch nicht Bestandteil der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramme waren. Mit diesen Dokumentationsvorgaben konnte der Eindruck erweckt werden, dass die zu dokumentierenden Leistungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes verordenbar wären.

In der Folge wurden sechs derartige Leistungen (Streptokokkentest, Glucosetoleranztest, Rhesusantikörpersuchtest, Bilirubinbestimmung, Anti-D-Prophylaxe und HIV-Test) im Zuge des Mutter-Kind-Passes verstärkt von den Ärzten erbracht und den Krankenversicherungsträgern verrechnet. Diese forderten eine Teilfinanzierung durch den FLAF, was aufgrund der damals geltenden Mutter-Kind-Pass-Verordnung nicht möglich war.

Um eine Finanzierung durch den FLAF dennoch zu ermöglichen, wurden diese sechs Leistungen mit der im Dezember 2009 kundgemachten Verordnungsnovelle, BGBl. II Nr. 448/2009, nachträglich zum Inhalt der Untersuchungsprogramme für die Jahre 2008 und 2009 gemacht. Bei einzelnen dieser sechs Leistungen bestand ein Beschluss des Obersten Sanitätsrats, dass diese nicht im Mutter-Kind-Pass verankert werden sollten. Die Gesamtkosten für diese nachträglichen Programmanpassungen beliefen sich auf rd. 6,5 Mio. EUR³⁰, wovon rd. 4,3 Mio. EUR auf den FLAF entfielen.

- 15.2** Der RH kritisierte, dass durch unklare Dokumentationsvorgaben im Mutter-Kind-Pass in Verbindung mit einer rückwirkenden Änderung des Untersuchungsprogramms Mehrkosten von rd. 6,5 Mio. EUR entstanden waren. Er wies darauf hin, dass bei einzelnen der sechs Leistungen des nachträglich festgelegten Untersuchungsprogramms ein Beschluss des Obersten Sanitätsrats bestand, dass diese nicht im Mutter-Kind-Pass verankert werden sollten. Er empfahl dem BMG, in Hinblick von rückwirkenden Programmänderungen im Mutter-Kind-Pass Abstand zu nehmen.
- 15.3** Der Hauptverband merkte ergänzend an, dass rückwirkende Programmänderungen zukünftig vermeidbar seien, wenn Änderungen bzw. Ergänzungen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramms zwischen den Systempartnern abgestimmt würden.

³⁰ aufgrund einer Schätzung des Hauptverbands

Mutter-Kind-Pass

Qualitätssicherung

- 16.1** Vorgaben des BMG zu Umfang und Inhalt der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen³¹ enthielten die mit Verordnung festgelegten Untersuchungsprogramme³², das Mutter-Kind-Pass-Dokument und ein Leitfaden³³.

Für die Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat sah die Verordnung lediglich „eine ärztliche Untersuchung des Kindes“ vor. Im Mutter-Kind-Pass-Dokument war dazu unter dem Begriff Untersuchungsbefund z.B. einzutragen, ob die Organbefunde auffällig waren oder nicht. Welche Organbefunde erforderlich waren, enthielten die Vorgaben nicht.

- 16.2** Der RH erachtete die qualitätsbezogenen Maßnahmen des BMG hinsichtlich des Mutter-Kind-Passes als nicht ausreichend, weil eine standardisierte Vorgangsweise zu Untersuchungsinhalt und -umfang nicht gewährleistet war. Der RH erachtete eine standardisierte Vorgangsweise als wesentlich, um frühzeitig Erkrankungen zu erkennen und damit die Folgekosten für das Gesundheitswesen in der Zukunft zu reduzieren.

Er empfahl daher dem BMG, einen Qualitätsstandard zur Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen zu erlassen und dessen verbindliche Anwendung sicherzustellen.

- 16.3** (1) Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass neben seinem als Ausfüllhilfe bezeichneten Leitfaden ein weiterer Leitfaden – Mutter-Kind-Pass pädiatrischer Teil – allen Anwendern zur Verfügung stehe. Hierin werde verständlich und klar dargelegt, worauf bei der Untersuchung von Organbefunden im 58. – 62. Lebensmonat besonders zu achten sei. Das BMG führte weiter aus, dass bei der beabsichtigten Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes die Qualitätssicherung wesentlich zu verankern sein werde.

(2) Der Hauptverband schloss sich der Empfehlung des RH an.

³¹ Mit den als Screening konzipierten Kindesuntersuchungen sollten hspw. Hodenhochstand oder Schwerhörigkeit vorzeitig erkannt werden.

³² Beispielsweise war der Umfang der Kindesuntersuchung in der Mutter-Kind-Pass-Verordnung wie folgt festgelegt: Feststellung von Körpergewicht und Körperlänge, Erhebung von Beobachtungen der Mutter und Krankheitsanamnese, ärztliche Untersuchung sowie Beurteilung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen. Auf die in dem jeweiligen Alter erreichte Entwicklung war Bedacht zu nehmen.

³³ Der als Ausfüllhilfe bezeichnete Leitfaden des BMG betraf nicht die genannte Kindesuntersuchung. Er war auf die Schwangeren und die Phase unmittelbar nach der Geburt beschränkt.



Mutter-Kind-Pass

BMG BMASK BMFJ

System der Gesundheitsvorsorge

16.4 Der RH verwies das BMG auf seine Ausführungen unter TZ 11, wonach zur sachgerechten Untersuchungsdurchführung, neben einem Leitfaden des BMG (bezeichnet als Ausfüllhilfe), unverbindliche Leit- und Richtlinien privater Fachorganisationen dienten. Er hielt darüber hinaus eigene Vorgaben des BMG für eine standardisierte Vorgangsweise als wesentlich, um insbesondere die Effektivität des Vorsorgeinstruments zu erhöhen. Der RH hielt deshalb seine Empfehlung aufrecht, einen Qualitätsstandard zu erlassen und dessen verbindliche Anwendung sicherzustellen.

Inanspruchnahme
– Gesamtmonitoring

17.1 Von Vertragsärzten verrechnete Mutter-Kind-Pass-Leistungen erfasste der Hauptverband in einer Sonderleistungsstatistik. Ein Gesamtmonitoring über die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Leistungen war mit dieser Statistik nur eingeschränkt möglich, weil von anderen Gesundheitsdienstleistern³⁴ durchgeführte Untersuchungen fehlten. Damit verfügte das BMG über keinen Gesamtüberblick über die tatsächliche Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Leistungen.

Um die Inanspruchnahme des Mutter-Kind-Passes anhand der Sonderleistungsstatistik zu beurteilen, wählte der RH die erste Schwangerschaftsuntersuchung und die achte Kindesuntersuchung aus und verglich deren Entwicklung in den Jahren 2002 bis 2012. Der Vergleich zeigte, dass im Betrachtungszeitraum die Inanspruchnahme der Schwangerschaftsuntersuchung von 64.332 auf 51.565 sank und die Inanspruchnahme der Kindesuntersuchung hingegen im gleichen Zeitraum von 17.871 auf 40.258 stieg. Warum diese Entwicklung gegenläufig war, konnte aufgrund der mangelhaften Datenlage nicht geklärt werden³⁵.

17.2 Der RH kritisierte, dass weder das BMG noch der Hauptverband über einen Gesamtüberblick der tatsächlichen Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen verfügten und dadurch fundierte Aussagen über Inanspruchnahmeraten nicht möglich waren.

Der RH empfahl dem BMG, gemeinsam mit dem Hauptverband ein Gesamtmonitoring über die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen einzurichten.

17.3 (1) Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass zur Evaluierung der Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen ein Ausbau des Datenspektrums, insbesondere durch Einbeziehung der durch Wahlärzte durchgeführten Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, begrüßt

³⁴ beispielsweise Wahlärzte oder Elternberatungsstellen der Länder

³⁵ Die Entwicklung konnte auf einer sich tatsächlich ändernden Inanspruchnahme beruhen oder bspw. auf einer vermehrten Inanspruchnahme von Wahlärzten.



Mutter-Kind-Pass

werde. Weiters wies das BMG darauf hin, dass der Anstieg der achten Kindesuntersuchung zwischen 2002 und 2012 dadurch erklärbar sei, dass diese Untersuchung erst im Jahr 2002 eingeführt wurde. Daraus resultiere auch der geringe Ausgangswert im Jahr 2002.

(2) Der Hauptverband stimmte der Empfehlung des RH zu. Er wies darauf hin, dass, bedingt durch die Systematik zur Verrechnung von Mutter-Kind-Pass-Leistungen, ein Gesamtmonitoring aufwandserhöhend wäre.

- 17.4 Der RH entgegnete dem BMG, dass die achte Kindesuntersuchung bereits im Jahr 1987 Bestandteil des Mutter-Kind-Pass-Programms war. Der RH hielt seine Empfehlung aufrecht, ein Gesamtmonitoring über die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen einzurichten.



BMG BMASK BMEFJ

System der Gesundheitsvorsorge

Schlussempfehlungen

Allgemeiner Teil

**BMG und
Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungs-
träger**

(1) Es sollten akkordierte Begriffsdefinitionen erarbeitet werden, um die Basis für eine Leistungsabstimmung zwischen den Systempartnern zu schaffen. (TZ 2)

(2) Um bis zum Vorliegen der neu beauftragten Studie über eine möglichst umfassende Übersicht für Steuerungszwecke verfügen zu können, sollten in einem ersten Schritt aus den bereits vorhandenen Unterlagen die Informationen zu Gesundheitsförderung und Prävention zusammengeführt werden. (TZ 4)

(3) Es sollte sichergestellt werden, dass tatsächlich alle für Gesundheitsförderung und Prävention aufgewendeten Mittel einer gemeinsamen Strategie und damit einer abgestimmten Vorgehensweise unterstellt werden. (TZ 6)

BMG

(4) Gemeinsam mit dem Hauptverband und den Ländern sollten die Grundlagen für eine einheitliche und systematische Dokumentation der Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen sowie ein regelmäßiger Datenaustausch sichergestellt werden. (TZ 7)

(5) Es sollte auf die Einrichtung einer zentralen Datenbank hingewirkt werden, in welche die Aktivitäten aller Leistungsträger im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention strukturiert aufgenommen werden, um eine Abstimmung der Aktivitäten und einen effizienten Mitteleinsatz sicherzustellen. In diese Datenbank sollten bereits vorhandene Datenbanken einzelner Leistungsträger (z.B. beim FGÖ, auf Landesebene) integriert werden. Ebenso wäre sicherzustellen, dass eine Schnittstelle zu einer gesamtösterreichischen Förderungsdatenbank hergestellt werden kann. (TZ 8)



Schlussempfehlungen

Mutter-Kind-Pass

BMG

(6) In Abstimmung mit dem Hauptverband sollten die einzelnen Untersuchungen und der Mutter-Kind-Pass insgesamt hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses evaluiert werden. Dazu sollten sowohl seit bereits längerem durchgeführte als auch neu aufgenommene Untersuchungen einer Überprüfung im Hinblick auf deren Effektivität und Effizienz unterzogen werden. (TZ 10)

(7) Für die Gestaltung des Mutter-Kind-Pass-Programms sollten Empfehlungen auf unabhängiger und objektiver Expertenebene als Entscheidungsgrundlage herangezogen werden. (TZ 14)

(8) In Hinkunft sollte von rückwirkenden Programmänderungen im Mutter-Kind-Pass Abstand genommen werden. (TZ 15)

(9) Es sollte ein Qualitätsstandard zur Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen erlassen und dessen verbindliche Anwendung sichergestellt werden. (TZ 16)

(10) Es sollte gemeinsam mit dem Hauptverband ein Gesamtmonitoring über die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen eingerichtet werden. (TZ 17)

BMG, BMFJ, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungs- träger

(11) Um die Mutter-Kind-Pass-Leistungen zweckmäßiger, sparsamer und wirtschaftlicher zu regeln, sollte die Organisation des Mutter-Kind-Passes vereinfacht werden und auf die zu einer Konzentration der Zuständigkeiten erforderlichen gesetzlichen Regelungen hingewirkt werden. (TZ 11)



Bericht des Rechnungshofes

**Belegsmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“;
Follow-up-Überprüfung**





121

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	54
Abkürzungsverzeichnis	55

BMG

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“; Follow-up-Überprüfung

KURZFASSUNG	58
Prüfungsablauf und -gegenstand	63
Procuratio-Fälle in Wiener Akutkrankenanstalten	64
Procuratio-Management in den Krankenanstalten	70
Schnittstelle Pflegebereich	80
Mehrkosten durch Procuratio-Fälle – Potenziale	90
Schlussempfehlungen	92

Tabellen



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Belagsdauer/-tage von Procuratio-Patienten 2008 bis 2013	66
Tabelle 2:	Durchschnittliche Belagsdauern Procuratio-Patienten (ohne AKH Wien)	68
Tabelle 3:	Procuratio-Patienten zum Stichtag 30. Juni 2013	91

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AKH Wien	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus
Art.	Artikel
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
EUR	Euro
GZ	Geschäftszahl
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
KH	Krankenhaus
LGBl.	Landesgesetzblatt
Mio.	Million(en)
Nr.	Nummer
PIK	Patientenorientierte integrierte Krankenversorgung
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSg	Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
VZÄ	Vollzeitäquivalente(n)
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel





Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“; Follow-up-Überprüfung

Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV), der Fonds Soziales Wien, der Wiener Gesundheitsfonds, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) und das Ordenskrankenhaus Göttlicher Heiland (KH Göttlicher Heiland) setzten die Empfehlungen des RH, die dieser im Jahr 2011 zum Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“ abgegeben hatte, im Wesentlichen um.

Der KAV und der Fonds Soziales Wien setzten eine Reihe von organisatorischen und personellen Maßnahmen, wodurch seit 2008 die Anzahl der Procuratio-Fälle von 990 auf 584 (– 41 %) sowie die Belagstage sowohl als Behandlungs- als auch als Pflegefall um insgesamt rd. 49 % bzw. 67 % deutlich gesenkt werden konnten. Im Jahr 2013 war bei der durchschnittlichen Belagsdauer allerdings wieder eine Steigerung erkennbar.

Nicht umgesetzt wurde die Empfehlung des RH an den KAV, den Fonds Soziales Wien und den Hauptverband nach einer Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung aus dem Jahr 2007. Der Fonds Soziales Wien leistete nach wie vor keine Akontozahlungen betreffend die Pflegeentgelte an den KAV.



KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Follow-up-Überprüfung des Belegsmanagements in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“ war es, die Umsetzung von Empfehlungen zu beurteilen, die der RH bei einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung gegenüber dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV), dem Fonds Soziales Wien, dem Wiener Gesundheitsfonds, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) und dem Ordenskrankenhaus Göttlicher Heiland (KH Göttlicher Heiland) abgegeben hatte. (TZ 1)

Anzahl der Procuratio-Fälle

Der Wiener Gesundheitsfonds setzte die Empfehlung des RH, für eine lückenlose und richtige Dokumentation der Procuratio-Fälle in der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung Sorge zu tragen, teilweise um, indem zur Beobachtung der Entwicklung die Procuratio-Fälle in den Fondskrankenanstalten im Rahmen der jährlichen Datenplausibilitätsprüfung gesondert ausgewertet wurden und auch Plausibilitätsprüfungen bei einer Belagsdauer von mehr als 200 Tagen durchgeführt wurden. Die Notwendigkeit eines akutstationären Aufenthalts von sogenannten Langliegern, die weniger als 200 Tage im Krankenhaus lagen und nicht als Procuratio-Fälle ausgewiesen waren, wurde hingegen nicht überprüft. Eine lückenlose Erfassung war somit nicht sichergestellt. (TZ 2)

Belagsdauer der Procuratio-Patienten

Der KAV und der Fonds Soziales Wien setzten die Empfehlung des RH nach einer Fortsetzung der Optimierung des Managements für Procuratio-Fälle um, indem sie durch eine Reihe von organisatorischen und personellen Maßnahmen die durchschnittliche Belagsdauer als Behandlungs- und als Pflegefall von 2008 auf 2013 um 13,4 % bzw. um 44 % verkürzten. Die Belagstage von Procuratio-Fällen als Behandlungsfall verringerten sich in diesem Zeitraum um rd. 49 % und als Pflegefall um 67 %. Im Jahr 2013 war – im Vergleich zu 2012 – jedoch wieder eine steigende Tendenz erkennbar. (TZ 3)



Kurzfassung

**Belegmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“****Procuratio-Fälle nach medizinischen Fachrichtungen**

Die Empfehlung des RH, die Procuratio-Patienten nur im Falle einer eventuellen medizinischen Notwendigkeit in den Abteilungen für Chirurgie und Unfallchirurgie zu belassen, ansonsten jedoch ihre interdisziplinäre Belegung anzustreben, setzte der KAV ebenfalls um. So wurden seit 2008 die durchschnittlichen Belagsdauern in beiden Abteilungen deutlich reduziert (Chirurgie: – 17,1 %, Unfallchirurgie: – 26,1 %) und mit dem elektronischen Belegmanagement im Krankenhausinformationssystem impuls.kis das Konzept der interdisziplinären Belegung forciert. (TZ 4)

Procuratio-Fälle auf Akutgeriatrien

Der KAV setzte die Empfehlung des RH, in das Sophienspital als Akutgeriatrie potenzielle Procuratio-Patienten nicht direkt mit der Rettung ohne vorherige Begutachtung einzuweisen, teilweise um; der Anteil der potenziellen Procuratio-Patienten, der direkt mit der Rettung eingewiesen wurde, war seit 2008 von 90 % auf 40 % im Jahr 2012 deutlich gesunken. (TZ 5)

Maßnahmen der Generaldirektion des KAV

Da die Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung 2007 betreffend Procuratio-Patienten noch nicht erfolgt war, setzten der KAV, der Fonds Soziales Wien und der Hauptverband diese Empfehlung des RH nicht um. Folglich war auch die Anpassung der KAV-internen Richtlinie weiterhin ausständig. Auch der zwischen KAV, dem Fonds Soziales Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) 2009/2010 erstellte Leitfaden betreffend Procuratio-Fälle war nicht wirksam geworden. (TZ 6)

Procuratio-Management als Teil des Entlassungsmanagements

Indem der KAV das Entlassungsmanagement weiter ausbaute (Entlassungsmanager insgesamt: September 2013: 36,63 VZÄ) und das Projekt „Patientenorientierte integrierte Krankenversorgung“ (PIK) mittlerweile abschloss, setzte er die entsprechende Empfehlung des RH um. (TZ 7)

Kurzfassung

Der KAV setzte die Empfehlung des RH, die aktive frühzeitige Vorbereitung der Entlassung bei der weiteren Etablierung des Entlassungsmanagements zu berücksichtigen, um, indem er mit dem standardisierten Anforderungsformular frühzeitig die notwendigen Informationen für die Entlassungsmanager erhob. (TZ 8)

Der KAV erweiterte die Evaluierungsdatenbank um entsprechende Auswertungsmöglichkeiten und setzte damit die Empfehlung des RH, für die Bedarfserhebung und Dokumentation der Leistungen des Entlassungsmanagements die Funktionsweise der Evaluierungsdatenbank weiter auszubauen und zu verbessern, um. (TZ 9)

Problemfelder beim Procuratio-Management

Der KAV und der Hauptverband setzten die Empfehlung des RH nach einer Klärung, wer die Information des Patienten über das Ende der Anstaltspflege durchführt, um, indem einvernehmlich die Krankenanstalten des KAV die Verständigung der Procuratio-Patienten vornahmen. Diese Vorgangsweise war jedoch nicht schriftlich festgelegt. (TZ 10)

Sachwalterschaftsverfahren

Der KAV, der Fonds Soziales Wien und das KH Göttlicher Heiland informierten die Patienten verstärkt über die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht und setzten damit die entsprechende Empfehlung des RH um. (TZ 11)

Sonstige Verzögerungen

Die Empfehlung des RH, die Informationsweitergabe an die Krankenanstalten des KAV im Bereich des Procuratio-Managements zu verbessern und zu standardisieren, setzte der Fonds Soziales Wien um, indem eine standardisierte Rückmeldung des Bearbeitungsstatus bzw. Information über fehlende Unterlagen zeitnah erfolgte. (TZ 12)

Verrechnung der Pflegeentgelte

Da der Fonds Soziales Wien nach wie vor keine laufenden Akontozahlungen der Pflegeentgelte für die Procuratio-Fälle an den KAV tätigte und erst im August 2012 Zahlungen für die Jahre 2010 und

2011 sowie im Oktober 2013 für das Jahr 2012 leistete, setzte er die Empfehlung des RH nicht um. Darüber hinaus überwies der Fonds Soziales Wien nur die Eigenleistungen der Patienten an den KAV. (TZ 13)

Weiters war die (finanzielle) Zuständigkeit des Fonds Soziales Wien für Procuratio-Fälle dem Grunde und der Höhe nach nicht eindeutig und nachvollziehbar geregelt. Ferner bestanden zwischen der Stadt Wien und dem Fonds Soziales Wien Auffassungsunterschiede über für Procuratio-Fälle zur Verfügung stehende finanzielle Mittel. Anhand der dem RH im Rahmen der Follow-up-Überprüfung vorgelegten Unterlagen war eine Klärung, ob bzw. in welcher Höhe der Fonds Soziales Wien ab 2010 finanzielle Mittel für die Begleichung der Forderungen des KAV für Procuratio-Fälle von der Stadt Wien erhalten hatte, nicht möglich. (TZ 13)

Bearbeitung der Förderanträge

Der Fonds Soziales Wien setzte die Empfehlung des RH, bei der Bearbeitung der Förderanträge verfahrensverkürzende Maßnahmen zu ergreifen, um, indem er bspw. das Case-Management und die Platzvermittlung personell ausbaute sowie das IT-System verbesserte. Dadurch verringerten sich die Wartezeiten auf einen Pflegeheimplatz von 35 Tagen (2009) auf 21 Tage (2013) um 40 %. Er verfügte jedoch nach wie vor nur über eingeschränkte Abfragemöglichkeiten beim Zentralen Melderegister. (TZ 14)

Die Empfehlung des RH, die nachhaltige Vermeidung von Vorauszahlungen der zu Pflegenden für das Pflegeheim im Interesse finanzschwacher Patienten anzustreben, setzte der Fonds Soziales Wien um, indem er in den jährlich wiederkehrenden Tarifvereinbarungen die Träger der anerkannten Pflegeeinrichtungen verpflichtete, von vom Fonds Soziales Wien geförderten Pflegebedürftigen keine Zuzahlungen zu verlangen. (TZ 15)

Vermittlung der Pflegeheimplätze

Der Fonds Soziales Wien nahm eine zentrale Vermittlung aller geförderten Pflegeheimplätze vor; durch die automationsunterstützte Vorschlagsliste war gewährleistet, dass der Dringlichkeit des Pflegebedarfs entsprechend frei werdende Plätze immer zuerst Kunden mit Procuratio-Aufenthalt angeboten wurden. Die Wahlfreiheit der Kunden war durch die Aufforderung, Wohn- und Pflegeheime aus dem

Kurzfassung

an sie ausgehändigten Informationsmaterial auszuwählen, gegeben. Durch diese Maßnahmen setzte der Fonds Soziales Wien die entsprechende Empfehlung des RH um. (TZ 16)

Der Fonds Soziales Wien setzte die Empfehlung des RH nach einem Vier-Augen-Prinzip bei der Zuteilung der Pflegeheimplätze teilweise um, indem nur bei dringend gebotener Vorreihung eines Klienten im Rahmen der automationsunterstützten Vorschlagsliste das Vier-Augen-Prinzip durch die verpflichtende Genehmigung durch das Case Management und die entsprechende Dokumentation im Verlaufsprotokoll gewahrt wurde. (TZ 17)

Die Empfehlung des RH nach einer Verbesserung der IT-Lösung bei der Vermittlung der Pflegeheimplätze setzte der Fonds Soziales Wien durch die Einrichtung der automationsunterstützten Vorschlagsliste um. (TZ 18)

Stationäre Langzeitpflege

Der Fonds Soziales Wien vermittelte auch Pflegeheimplätze in allen Einrichtungen anerkannter privater Träger und bot Kunden während der Wartezeit auf ihre Wunschplätze Übergangslösungen an. Weiters war ein Ausbau der Pflegeheimplätze insgesamt sowie von solchen für Patienten mit speziellen Anforderungen erfolgt. Damit setzte der Fonds Soziales Wien die entsprechende Empfehlung des RH um. (TZ 19)

Mehrkosten durch Procuratio-Fälle – Potenziale

Der KAV setzte die Empfehlung des RH, im Zuge der Optimierung des Procuratio-Managements verstärkt kostendämpfende Maßnahmen zu forcieren, um, indem sowohl die Anzahl der Procuratio-Patienten als auch die Belagstage dieser Patienten reduziert wurden. Strukturelle Maßnahmen ergriff der KAV dahingehend, dass entsprechend dem Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien (RSG) die Akutgeriatrie von 229 Betten im Jahr 2010 auf geplante 288 Betten im Jahr 2020 ausgebaut werden soll; damit kann ein Pflegebedarf sowohl im Krankenhaus als auch in einem Pflegeheim verringert bzw. verzögert werden. (TZ 20)



Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

Kenndaten zu Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

Kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten, BGBl. Nr. 1/1930 Art. 15 B-VG, Angelegenheiten der Sozialhilfe, BGBl. Nr. 1/1930					
Bundesrecht	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.					
Landesrecht	Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG), LGBL. Nr. 23/1987 i.d.g.F. Wiener Sozialhilfegesetz (WSHG), LGBL. Nr. 11/1973 i.d.g.F.					
	2009	2010	2011	2012	2013	Veränderung 2009 bis 2013
	Anzahl					in %
Procuratio-Fälle Wien gesamt	1.249	1.202	982	741	588	- 52,9
davon KAV-Spitäler	1.223	1.199	982	741	584	- 52,2
	Anzahl zum Stichtag 30. Juni 2013					
Procuratio-Fälle KAV-Spitäler	39					
durchschnittliche Belagsdauer	Mittelwert in Tagen					
als Behandlungsfall ¹	42,0	38,9	37,9	38,1	39,5	- 6,0
als Pflegefall	45,1	38,1	33,9	24,8	31,5	- 30,2

¹ ohne Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien)

Quellen: KAV; DIAG

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 Der RH überprüfte von September bis November 2013 beim Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV), beim Fonds Soziales Wien, beim Wiener Gesundheitsfonds, beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) und im Ordenskrankenhaus Göttlicher Heiland¹ (KH Göttlicher Heiland) die Umsetzung von Empfehlungen, die er bei einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung zum Thema „Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt Procuratio-Fälle“² abgegeben hatte. Der in der Reihe Wien 2011/2 veröffentlichte Bericht wird in der Folge als Vorbericht bezeichnet.

¹ Rechtsträgerin ist die Krankenhaus Göttlicher Heiland GmbH

² Als Procuratio-Fälle bezeichnet das Wiener Magistrat jene Fälle, bei denen eine pflegebedürftige Person auf Kosten oder unter Kostenbeteiligung eines Landes, einer Gemeinde oder eines Sozialhilfeträgers in einer (öffentlichen) Krankenanstalt der Stadt Wien gepflegt wird, ohne dass die Anstaltspflege durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist.



Weiters hatte der RH zur Verstärkung der Wirkung seiner Empfehlungen deren Umsetzungsstand bei den überprüften Stellen nachgefragt. Das Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens hatte er in seinem Bericht Reihe Wien 2012/6 veröffentlicht. Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat zu allen Empfehlungen des RH Stellung genommen, die den KAV, den Fonds Soziales Wien und den Wiener Gesundheitsfonds betrafen.

Zu dem im April 2014 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen der Hauptverband im Juni 2014 und die Stadt Wien im September 2014 Stellung; das KH Göttlicher Heiland verzichtete auf eine Stellungnahme. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Oktober 2014.

Procuratio-Fälle in Wiener Akutkrankenanstalten

Anzahl der
Procuratio-Fälle

2.1 (1) Der RH hatte dem Wiener Gesundheitsfonds in seinem Vorbericht (TZ 3) empfohlen, für eine lückenlose und richtige Dokumentation der Procuratio-Fälle in der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung Sorge zu tragen. Dies vor dem Hintergrund, dass die Abgeltung eines stationären Aufenthalts als Behandlungsfall höher war als jene als Pflegefall.¹

(2) Der Wiener Stadtsenat hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die bisherige Stellungnahme, wonach der Wiener Gesundheitsfonds in Zukunft sein Augenmerk verstärkt auf die korrekte Dokumentation der Procuratio-Fälle lege, unverändert aufrecht bleibe.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die von den Fondskrankenanstalten dokumentierten Procuratio-Fälle im Rahmen der jährlichen Datenplausibilitätsprüfung gesondert ausgewertet wurden, um ihre Entwicklung zu beobachten. Darüber hinaus wurden u.a. auch jene Fälle ausgewertet, die im Anschluss an den akutstationären Aufenthalt in den Pflegeeinrichtungen weiter betreut wurden. Weiters überprüfte der Wiener Gesundheitsfonds alle Fälle mit einer Belagsdauer von mehr als 200 Tagen auf ihre medizinische Plausibilität.

Die Notwendigkeit eines akutstationären Aufenthalts von sogenannten Langliegern, die weniger als 200 Tage im Krankenhaus lagen und nicht als Procuratio-Fälle ausgewiesen waren, wurde hingegen nicht überprüft. Eine lückenlose Erfassung war somit nicht sichergestellt.

¹ zur Zeit des Vorberichts: Abgeltung eines stationären Aufenthalts als Behandlungsfall mindestens 132,50 EUR pro Tag für 2008, Abgeltung eines stationären Aufenthalts als Pflegefall: 79,94 EUR pro Tag



Procuratio-Fälle in Wiener
Akutkrankenanstalten

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

- 2.2** Der Wiener Gesundheitsfonds setzte die Empfehlung des RH teilweise um, indem zur Beobachtung der Entwicklung die Procuratio-Fälle in den Fondskrankenanstalten im Rahmen der jährlichen Datenplausibilitätsprüfung gesondert ausgewertet und auch Plausibilitätsprüfungen bei einer Belagsdauer von mehr als 200 Tagen durchgeführt wurden.

Diese Überprüfungen deckten jedoch – abgesehen von den Fällen mit Belagsdauern über 200 Tage, die bspw. 2012 nur 0,5 % aller Langlieger über 28 Tage betrafen – lediglich solche Fälle ab, die bereits als Procuratio-Fälle ausgewiesen waren. Daher empfahl der RH dem Wiener Gesundheitsfonds ergänzend, eine zumindest stichprobenartige Überprüfung von nicht als Procuratio-Fälle ausgewiesenen Langliegern zu erwägen (siehe auch TZ 6).

- 2.3** *Laut Stellungnahme der Stadt Wien werde geprüft, ob eine stichprobenartige Überprüfung von nicht als Procuratio-Fälle ausgewiesenen Langliegern einen nachweisbaren Nutzen für die Verbesserung der Steuerung des Belegmanagements bringe. Im positiven Fall werde ein geeigneter systematischer Prüfungsvorgang für Langlieger entwickelt werden.*

Belagsdauer der
Procuratio-Patienten

- 3.1** (1) Der RH hatte dem KAV und dem Fonds Soziales Wien in seinem Vorbericht (TZ 2, 5) empfohlen, die Optimierung des Managements für Procuratio-Fälle fortzusetzen, mit dem Ziel, sowohl die Belagsdauer als Behandlungs- als auch als Pflegefall zu verkürzen. Dies vor dem Hintergrund, dass die Versorgung von Pflegefällen in Krankenanstalten kostenintensiver war als in den entsprechenden Pflegeeinrichtungen und nicht den primären Aufgaben einer Krankenanstalt entsprach.

(2) Der Wiener Stadtsenat hatte dazu im Nachfrageverfahren mitgeteilt, das Ziel, die Belagsdauer sowohl als Behandlungs- als auch als Pflegefall zu verkürzen, sei durch zielgerichtete interne Strategien und optimierte Prozesse umgesetzt worden und werde laufend evaluiert.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass sich die Belagsdauern bzw. -tage der Procuratio-Patienten von 2008 (Vorbericht) bis 2013 in den KAV-Häusern wie folgt entwickelten:

Procuratio-Fälle in Wiener Akutkrankenanstalten

Tabelle 1: Belagsdauer/-tage von Procuratio-Patienten 2008 bis 2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Veränderung seit 2008
	Belagsdauer/-tage						in %
als Behandlungsfall ¹							
Mittelwert	45,6	42,0	38,9	37,9	38,1	39,5	– 13,4
gesamt	44.994	50.360	45.812	36.687	27.840	22.885	– 49,1
als Pflegefall							
Mittelwert	56,2	45,1	38,1	33,9	24,8	31,5	– 44,0
gesamt	55.660	55.140	45.739	33.259	18.409	18.387	– 67,0

¹ ohne AKH Wien

Quellen: KAV; Berechnungen RH

Die durchschnittliche Belagsdauer als Behandlungsfall reduzierte sich von 2008 auf 2013 um 13,4 % und als Pflegefall um 44 %. Absolut betrachtet verringerten sich die Belagstage von Procuratio-Fällen in diesem Zeitraum als Behandlungsfall von 44.994 Tagen auf 22.885 Tage um 49,1 % und als Pflegefall von 55.660 Tagen (2008) auf 18.387 Tage (2013) um 67 %.

Der Fonds Soziales Wien zog für die Berechnung der Belagsdauer als Pflegefall (von Fonds Soziales Wien als Wartezeit auf einen Pflegeheimplatz bezeichnet) hingegen nicht den Mittelwert, sondern den Median mit der Begründung heran, dass dadurch „Ausreißer“ unberücksichtigt blieben. Diese Berechnung ergab laut Fonds Soziales Wien für 2009 35 Tage bzw. für 2013 21 Tage und damit eine Reduktion der Wartezeit auf einen Pflegeheimplatz von 2009 bis 2013 um 40 %.

Die vom KAV und vom Fonds Soziales Wien genannten Gründe für die Reduktion der Belagsdauern – bspw. der Ausbau des Entlassungsmanagements, der personelle Ausbau der Pflegeheimplatzvermittlung, die Vermittlung auch privater Plätze sowie der Ausbau der Pflegeheimplätze – waren auch für den RH nachvollziehbar (siehe TZ 7, 16, 19). Für den Anstieg der Belagsdauern im Jahr 2013 gaben der KAV und der Fonds Soziales Wien als möglichen Grund insbesondere immer länger dauernde Sachwalterschaftsverfahren an.

- 3.2 Der KAV und der Fonds Soziales Wien setzten die Empfehlung des RH um, indem sie durch eine Reihe von Maßnahmen die durchschnittliche Belagsdauer als Behandlungs- und als Pflegefall seit 2008 um 13,4 % bzw. um 44 % verkürzten.



Procuratio-Fälle in Wiener
Akutkrankenanstalten



Belegmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

Im Hinblick auf den neuerlichen Anstieg dieser Mittelwerte von 2012 auf 2013 (durchschnittliche Belagsdauer als Behandlungsfall: + 3,4 % bzw. als Pflegefall: + 27 %) empfahl der RH dem KAV und dem Fonds Soziales Wien, die konkreten Gründe für diese steigende Tendenz zu evaluieren und die Optimierung des Managements für Procuratio-Fälle weiterhin fortzusetzen.

- 3.3** *Laut Mitteilung der Stadt Wien seien bei der Interpretation der Durchschnittswerte u.a. jene Fälle zu berücksichtigen, bei denen es aufgrund der laufenden Bestellung eines Sachwalters besonders lange dauern würde, bis rechtsgültige Entscheidungen durch das Pflegeschäftsgericht getroffen würden. Überdies könne es zu Verzögerungen bei der Pflegeplatzvermittlung im Zusammenhang mit – aus medizinischer Sicht – erforderlichen Einzelzimmern kommen.*

Seitens des KAV sei vorgesehen, auch den Prozess des Entlassungsmanagements im Krankenhausinformationssystem impuls.kis abzudecken. Dadurch solle ermöglicht werden, mit einer rechtzeitigen Pflege- und Sozialanamnese eine Betreuungs- und Versorgungskontinuität sowie Zielgenauigkeit in der Betreuung herzustellen. Steigende Tendenzen der durchschnittlichen Belagsdauer und die Gründe hierfür sollten dadurch identifiziert werden können und eine Gegensteuerung zeitnah möglich sein.

Procuratio-Fälle
nach medizinischen
Fachrichtungen

- 4.1** (1) Der RH hatte dem KAV in seinem Vorbericht (TZ 7) empfohlen, aus Gründen einer bedarfsorientierten Ressourcennutzung die Procuratio-Patienten nur im Falle einer eventuellen medizinischen Notwendigkeit in den Abteilungen für Chirurgie und Unfallchirurgie zu belassen, ansonsten jedoch ihre interdisziplinäre Belegung anzustreben.

(2) Der Wiener Stadtsenat hatte dazu im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass das interdisziplinäre Belegmanagement seit längerer Zeit in Anwendung sei und durch maßgeschneiderte IT-Anwendungen die dafür notwendige prozessorientierte Unterstützung erhalten würde. Den jeweiligen Bettenbestand und die entsprechende Maßnahmensetzung der interdisziplinären Belegung pro Krankenanstalt würde der KAV mehrmals täglich abrufen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass sich der Anteil der Procuratio-Patienten im Jahr 2013 in den im Vorbericht betrachteten Abteilungen der KAV-Spitäler im Vergleich zu 2008 nicht wesentlich veränderte. So lagen in den Abteilungen für Innere Medizin (einschließlich Akutgeriatrie) rd. 64 % (2008: rd. 60 %) der Procuratio-Patienten, in den Abteilungen für Psychiatrie und Neurologie jeweils zwischen rd. 7 %



Procuratio-Fälle in Wiener Akutkrankenanstalten

und rd. 15 % (2008: zwischen rd. 8 % und 12 %) sowie in den Abteilungen für Chirurgie und Unfallchirurgie rd. 4 % bzw. rd. 6 % (2008: in beiden jeweils rd. 5 %).

Allerdings ging – wie die nachfolgende Tabelle zeigt – die durchschnittliche Belagsdauer 2013 im Vergleich zum Jahr 2008 in den genannten Abteilungen um bis zu 33 % zurück, wobei verglichen mit 2012⁴ wieder überwiegend eine steigende Tendenz zu erkennen war (siehe auch TZ 3).

Tabelle 2: Durchschnittliche Belagsdauern Procuratio-Patienten (ohne AKH Wien)

Abteilungen	2008	2013	Veränderung seit 2008
	in Tagen		in %
Psychiatrie	144	125	– 13,2
Neurologie	133	93	– 30,1
Chirurgie	105	87	– 17,1
Innere Medizin (mit Akutgeriatrie)	91	61	– 33,0
Unfallchirurgie	92	68	– 26,1

Quellen: KAV; Berechnungen RH

Die Gesamtzahl der Belagstage der Procuratio-Patienten reduzierte sich von 2008 auf 2013 in der Abteilung für Chirurgie um rd. 62 % von 4.735 Tagen auf 1.823 Tage und in der Abteilung für Unfallchirurgie um rd. 40 % von 3.758 Tagen auf 2.244 Tage.⁵

Die interdisziplinäre Belegung im KAV wurde durch das Krankenhausinformationssystem impuls.kis-Belagsmanagement unterstützt (Inbetriebnahme im 2. Quartal 2011). Dieses enthielt strukturierte, elektronische Stationsverzeichnisse und erlaubte einen tagesaktuellen Überblick über freie und ausgelastete Stationen.

- 4.2** Der KAV setzte die Empfehlung des RH um, indem die Belagsdauern in den Abteilungen für Chirurgie und Unfallchirurgie deutlich reduziert wurden; mit dem elektronischen Belagsmanagement im Krankenhausinformationssystem impuls.kis wurde das Konzept der interdisziplinären Belegung forciert.

⁴ Durchschnittliche Belagsdauern 2012: Psychiatrie: 80 Tage; Neurologie: 79 Tage; Chirurgie 73 Tage; Innere Medizin (mit Akutgeriatrie): 55 Tage; Unfallchirurgie: 72 Tage

⁵ ohne AKH Wien



Procuratio-Fälle in Wiener
Akutkrankenanstalten



Belegmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

Hinsichtlich der steigenden Tendenz im Jahr 2013 verwies der RH auf seine Empfehlung zu TZ 3.

Procuratio-Fälle auf Akutgeriatrien

5.1 (1) Der RH hatte dem KAV in seinem Vorbericht (TZ 9) empfohlen, in das Sophienspital als Akutgeriatrie potenzielle Procuratio-Patienten nicht direkt mit der Rettung ohne vorherige Begutachtung einzuweisen. Im Sophienspital war dies im Jahr 2008 bei rd. 90 % der Procuratio-Patienten der Fall. Dies vor dem Hintergrund, dass eine Akutgeriatrie neben der Behandlung von akuten Erkrankungen alter Menschen auch deren Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung erhalten bzw. wiederherstellen soll.

(2) Der Wiener Stadtsenat hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass nach dem neuen Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien 2020⁶, der sich damals im Begutachtungsstatus befunden hatte, mit einem deutlichen Ausbau der Akutgeriatrie zu rechnen sei. Das Sophienspital werde nach den Vorgaben des Spitalskonzepts 2030 mit Ende 2016 geschlossen, wobei die Leistungen innerhalb des KAV verlagert würden und somit erhalten blieben.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass im Jahr 2012 40 % der Procuratio-Patienten ohne vorherige Begutachtung direkt durch die Rettung in das Sophienspital eingewiesen wurden (zehn von 25 späteren Procuratio-Patienten).

Laut Wiener Spitalskonzept 2030 soll die Akutgeriatrie des Sophienspitals bis etwa Ende 2016 in das Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (KH Hietzing) übersiedelt werden. Dort besteht eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinrichtung, in der laut KAV derzeit⁷ jeder mit der Rettung eingelieferte Patient vor einer etwaigen stationären Aufnahme begutachtet wird.

5.2 Der KAV setzte die Empfehlung des RH teilweise um, indem der Anteil der potenziellen Procuratio-Patienten, der direkt mit der Rettung eingewiesen wurde, seit 2008 von 90 % auf 40 % (2012) deutlich reduziert wurde.

Vor dem Hintergrund, dass die Akutgeriatrie der Remobilisation von betagten Patienten und nicht der Betreuung von Pflegebedürftigen dient, empfahl der RH, bis zur endgültigen Übersiedlung in das KH Hietzing die Anzahl von potenziellen Procuratio-Patienten, die

⁶ Anmerkung des RH: Der RSG 2020 wurde mittlerweile beschlossen. Betreffend Ausbau der Akutgeriatrie siehe TZ 20.

⁷ Eine Ausweitung auf alle Patienten ist bis 2019/2020 vorgesehen.

direkt durch die Rettung eingewiesen werden, nach Möglichkeit weiter zu verringern.

- 5.3 Die Stadt Wien teilte mit, dass der KAV – in Anpassung an die geplante Auflassung des Standortes Sophienspital – die Anzahl von potenziellen Procuratio-Patienten, die direkt durch die Rettung dort eingewiesen würden, kontinuierlich reduziere.

Procuratio-Management in den Krankenanstalten

Maßnahmen der
Generaldirektion
des KAV

- 6.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht (TZ 10) dem KAV, dem Fonds Soziales Wien und dem Hauptverband die Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung 2007 zur Vorgangsweise beim Procuratio-Management und darauf aufbauend die Anpassung der KAV-internen Richtlinie empfohlen. Dies vor dem Hintergrund, dass die zwischen dem KAV und dem Fonds Soziales Wien 2007 geschlossene Kooperationsvereinbarung nicht den Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltenvertrags⁸ entsprach; während dieser nämlich eine unverzügliche Meldung eines Procuratio-Falls an den Sozialversicherungsträger vorsah, normierte die Kooperationsvereinbarung eine der Meldung vorangehende 14-tägige Überprüfungsfrist des Fonds Soziales Wien nach Einlangen des Förderantrags. Weiters waren in die Kooperationsvereinbarung nicht alle vom Prozess betroffenen Institutionen (z.B. Krankenversicherungsträger) einbezogen.

(2) Der Wiener Stadtsenat hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass aufgrund der in Umsetzung befindlichen Änderungen im Tarifsysteem die Überarbeitung der Richtlinie derzeit noch nicht abgeschlossen sei. Der Hauptverband hatte mitgeteilt, dass aus seiner Sicht der Feststellung nichts hinzuzufügen sei und er keinen Einfluss auf die Richtlinie habe.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der KAV und der Fonds Soziales Wien zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an einer Neuformulierung der Kooperationsvereinbarung aus 2007 arbeiteten. Ein Entwurf, welcher im Aufbau der Kooperationsvereinbarung 2007 ähnlich war, sah die vom RH beanstandete 14-tägige Frist nicht mehr vor; die an sich zweckmäßige Verständigung des jeweiligen Sozialversicherungsträgers war gar nicht mehr geregelt. Demgegenüber enthielt der Entwurf u.a. eine Verpflichtung zur Vorabklärung der Rehabilitationsfähigkeit der Patienten (als Leistung der Sozialversicherungsträger) sowie geänderte Verrechnungsmodalitäten zwischen dem KAV und dem Fonds Soziales

⁸ § 4 Abs. 3 Wiener Krankenanstaltenvertrag zwischen der Stadt Wien als Rechtsträgerin der städtischen Krankenanstalten und dem Hauptverband vom 11. Mai 1977



Procuratio-Management in den
Krankenanstalten



Belegmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

Wien (siehe TZ 13). Eine Einbeziehung des Hauptverbands war weiterhin nicht vorgesehen.

Der Hauptverband verwies in diesem Zusammenhang auf einen zwischen dem KAV, dem Fonds Soziales Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) 2009/2010 erstellten Leitfaden betreffend Procuratio-Fälle, der jedoch nicht wirksam geworden sei. Weiters verwies der Hauptverband darauf, dass er über keine Normsetzungskompetenz außerhalb des Bereichs seiner Mitglieder verfüge. Als klassisches Nahtstellenproblem zwischen Gesundheits- und Sozialbereich wäre diese Frage auf Landesebene im Rahmen der Landesgesundheitsplattform bzw. der Landeszielsteuerung zwischen dem Land als sowohl Krankenhaus- wie auch Sozialhilfeträger und den örtlich zuständigen Krankenversicherungsträgern zu vereinbaren, weil die Nahtstellen ausdrücklich Teil der Art. 15a B-VG Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit⁹, BGBl. I Nr. 200/2013, seien.

Mangels einer neuen Kooperationsvereinbarung war auch die vom RH empfohlene Überarbeitung der KAV-internen Richtlinie noch nicht erfolgt.

- 6.2** Der KAV und der Fonds Soziales Wien setzten die Empfehlung des RH nicht um, weil bislang noch keine Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung erfolgte. Folglich war auch die Anpassung der KAV-internen Richtlinie weiterhin ausständig. Der Hauptverband war in die Erstellung des Entwurfs einer neuen Kooperationsvereinbarung nicht einbezogen worden. Auch der zwischen dem KAV, dem Fonds Soziales Wien und der WGKK 2009/2010 erstellte Leitfaden betreffend Procuratio-Fälle war nicht wirksam geworden.

Der RH erachtete es weiterhin für zweckmäßig, dass sich alle vom Procuratio-Verfahren betroffenen Institutionen auf eine gemeinsame Vorgangsweise verständigen. Vor dem Hintergrund der in der Art. 15a B-VG Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit vorgesehenen Zuständigkeit für Nahtstellen sowie einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit empfahl er der Stadt Wien und dem Wiener Gesundheitsfonds, die Procuratio-Thematik in den Gremien des Wiener Gesundheitsfonds, in denen sowohl das Land als auch die Sozialversicherungen vertreten sind, zu behandeln.

⁹ Art. 2: Der Geltungsbereich der geplanten Zielsteuerung-Gesundheit umfasst in struktureller und organisatorischer Hinsicht alle intra- und extramuralen Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens sowie etwaige betroffene Nahtstellen (z.B. zum Pflege- und Rehabilitationsbereich).



Procuratio-Management in den Krankenanstalten

Unabhängig davon empfahl der RH dem KAV, dem Fonds Soziales Wien und dem Hauptverband (betreffend die WGKK), die Bemühungen um eine abgestimmte Vorgangsweise bei Procuratio-Fällen wieder aufzunehmen und in einer gemeinsamen (Kooperations)Vereinbarung festzulegen. Diese sollte unter Bedachtnahme auf das Wohl der Patienten zu einer weiteren Optimierung des Procuratio-Verfahrens beitragen und keinesfalls etwa zu einer Verlängerung der Belagsdauern führen.

- 6.3 *(1) Laut Stellungnahme der Stadt Wien (auch zu TZ 10) werde der Wiener Gesundheitsfonds die Procuratio-Thematik zur weiteren Befassung in die zuständigen Gremien einbringen. Weiters sei eine neue Kooperationsvereinbarung zur Vorgangsweise bei Procuratio-Fällen von den Vertragspartnern Fonds Soziales Wien und KAV im Juli 2014 abgeschlossen worden; die diesbezüglichen Empfehlungen des RH seien darin berücksichtigt worden.*

(2) Der Hauptverband teile mit, dass er als Dachverband an der Abwicklung der Vertragsbeziehungen mit einzelnen Anbietern in der Regel nicht beteiligt sei. Die angeführte (Kooperations)Vereinbarung wäre durch die WGKK abzuschließen; der Hauptverband habe diesbezüglich keine Möglichkeit zur Einflussnahme. Entsprechende Vorberatungen sollten in der Wiener Zielsteuerungskommission stattfinden, in welcher der Hauptverband jedoch ebenfalls nicht vertreten sei (vgl. §§ 8 f. Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, LGBl. Nr. 42/2013).

- 6.4 *(1) Gegenüber der Stadt Wien wertete der RH das Bestreben, die zuständigen Gremien des Wiener Gesundheitsfonds mit der Procuratio-Thematik zu befassen, positiv. Er wies darauf hin, dass seine Empfehlung auch darauf abzielte, ebenso mit der WGKK eine (Kooperations)Vereinbarung zu treffen, um zwischen allen maßgeblich vom Procuratio-Verfahren betroffenen Institutionen eine abgestimmte Vorgangsweise sicherzustellen.*

(2) Gegenüber dem Hauptverband stellte der RH klar, dass seine Empfehlung darauf gerichtet war, dass der Hauptverband versuchen sollte, auf ein Engagement der WGKK hinsichtlich einer (Kooperations)Vereinbarung mit dem Fonds Soziales Wien und dem KAV zur Sicherstellung einer abgestimmten Vorgangsweise bei Procuratio-Fällen hinzuwirken.



Procuratio-Management in den
Krankenanstalten

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

Procuratio-
Management als Teil
des Entlassungs-
managements

7.1 (1) Der RH hatte dem KAV in seinem Vorbericht (TZ 12, 13) empfohlen, das Entlassungsmanagement¹⁰ bzw. das entsprechende Teilprojekt „Patientenorientierte integrierte Krankenversorgung“ (PIK) in den Krankenanstalten des KAV weiter zu forcieren.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass der KAV die Implementierung des Entlassungsmanagements fortgesetzt habe. Mit Stichtag 1. Mai 2012 gäbe es 39 Dienstposten für das Entlassungsmanagement. Umgerechnet auf Vollzeitäquivalente (VZÄ) seien derzeit 33,75 VZÄ Entlassungsmanager tätig. Der weitere Ausbau und die zahlenmäßige Vermehrung seien in der Planung festgelegt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das Teilprojekt PIK im März 2010 fertiggestellt wurde. Das Modell orientierte sich bspw. an internationalen Entlassungsmanagementmodellen aus Deutschland und der Schweiz. Das Ziel war, im Aufnahme- und Entlassungsmanagementprozess sowohl Wirtschaftlichkeit als auch Patientenorientierung in Einklang zu bringen.

Die bereits im Vorbericht angesprochene Potenzialerhebung¹¹ aus dem Jahr 2005 sah insgesamt 71 Dienstposten für das Entlassungsmanagement in den KAV-Häusern vor. Im September 2013 gab es weiterhin insgesamt 39¹² solche Dienstposten, jedoch mit einer Besetzung von nunmehr 36,63 VZÄ.

Laut KAV sei 2014 die Schaffung von weiteren 15 und 2015 von zusätzlichen 16 Dienstposten für das Entlassungsmanagement geplant, um schließlich über 70 diesbezügliche Dienstposten zu verfügen.

¹⁰ Darunter versteht man die Organisation, Koordination und Dokumentation der notwendigen Maßnahmen und Informationen (sowie die damit verbundene notwendige Personalausstattung) bei einer anstehenden Entlassung aus dem Krankenhaus in die häusliche Betreuung und Pflege (z.B. Heimhilfe, (medizinische) Hauskrankenpflege, Besuchsdienst, Essen auf Rädern, Reinigungsdienst etc.), aber auch in ein Pflegeheim, um eine integrierte und lückenlose Versorgung des Patienten sicherzustellen.

¹¹ Grundlage dafür war eine Erhebung an 19 Krankenanstalten in Wien, durchgeführt von der Universität Wien. Das Ergebnis legte dar, dass etwa 12 % der Patienten die Leistungen eines Entlassungsmanagements benötigten und der durchschnittliche Arbeitsaufwand je Procuratio-Patienten etwa drei Stunden betrug. Die Evaluierungsdatenbank im Krankenhausinformationssystem impuls.kis zeigte, dass der tatsächliche Arbeitsaufwand je Procuratio-Patienten bis zu sechs Stunden betragen konnte.

¹² Anzahl der Dienstposten in den Krankenanstalten des KAV: Donauspital 6, Krankenhaus Floridsdorf 3, Krankenhaus Rudolfstiftung 6 (zur Zeit der Gehörungsüberprüfung eine Mitarbeiterin in Karenz), Kaiser-Franz-Josef-Spital 4, KH Hietzing 6, Orthopädisches Krankenhaus Gersthof 1, Otto-Wagner-Spital 4, Therapiezentrum Ybbs an der Donau 1 und Wilhelminenspital 7.



Procuratio-Management in den Krankenanstalten

Zur Unterstützung der Entlassungsmanager und zur Optimierung der Entlassungsvorbereitung fanden jährlich an der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen – Bereich Pflege Lehrgänge mit dem Titel „Aktuelle Themen im Entlassungsmanagement“ statt.

7.2 Der KAV setzte die Empfehlung des RH um, indem er das Entlassungsmanagement weiter ausbaute und das Projekt PIK mittlerweile abschloss. Vor dem Hintergrund der bereits vor rund neun Jahren erfolgten Potenzialerhebung und der laut Wiener Spitalskonzept 2030 geplanten Standortkonzentration empfahl der RH dem KAV, den Bedarf an Entlassungsmanagern in den einzelnen Häusern regelmäßig zu evaluieren, um einen optimalen Ressourceneinsatz sicherzustellen.

8.1 (1) Der RH hatte dem KAV in seinem Vorbericht (TZ 13) empfohlen, die aktive frühzeitige Vorbereitung der Entlassung bei der weiteren Etablierung des Entlassungsmanagements zu berücksichtigen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass die aktive frühzeitige Vorbereitung der Entlassung durch ein standardisiertes Anforderungsformular von den Stationen an die Entlassungsmanager erfolge.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass grundsätzlich bereits im Zuge der stationären Aufnahme eines Patienten mit dem standardisierten Anforderungsformular „Zuweisung Entlassungsmanagement“ wichtige Informationen für die Überprüfung eines möglichen Versorgungsbedarfs nach dem Krankenhausaufenthalt ermittelt wurden.

Dieses Anforderungsformular diene der Zuweisung der Procuratio-Patienten zum Entlassungsmanagement. Dadurch konnten die Entlassungsmanager in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Stationsleitungen auch frühzeitig Entlassungsvorbereitungen treffen, um für die Betreuungs- und Versorgungskontinuität der Procuratio-Patienten zu sorgen.

8.2 Der KAV setzte die Empfehlung des RH um, indem er mit dem standardisierten Anforderungsformular frühzeitig die notwendigen Informationen für die Entlassungsmanager erhob.



Procuratio-Management in den
Krankenanstalten

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

9.1 (1) Der RH hatte dem KAV in seinem Vorbericht (TZ 13) empfohlen, für die Bedarfserhebung und Dokumentation der Leistungen des Entlassungsmanagements die Funktionsweise der Evaluierungsdatenbank¹³ weiter auszubauen und zu verbessern.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass die Evaluierungsdatenbank um die Möglichkeit, Auswertungen durchführen zu können, erweitert worden sei.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die in allen KAV-Häusern eingesetzte Evaluierungsdatenbank im März 2011 um Auswertungsmöglichkeiten erweitert wurde; sie ermöglichte nunmehr bspw. Auswertungen über die Gesamtanzahl der Procuratio-Patienten, die Bearbeitungszeit sowie die jeweils erbrachten Leistungen der Entlassungsmanager. Es waren acht vordefinierte Standardberichte¹⁴ möglich. Je nach User-Berechtigung konnte ein Bericht unternehmensweit, anstaltsweit, abteilungsweit bzw. nur für eine Kostenstelle angezeigt werden.

9.2 Der KAV setzte die Empfehlung des RH um, indem er die Evaluierungsdatenbank um Auswertungsmöglichkeiten hinsichtlich der vom Entlassungsmanagement erbrachten Leistungen erweiterte.

Problemfelder
beim Procuratio-
Management

Information des Patienten über die Asylierung

10.1 (1) Der RH hatte dem KAV und dem Hauptverband in seinem Vorbericht (TZ 15) empfohlen, zu klären, wer die Information des Patienten über das Ende der Anstaltspflege (Asylierung¹⁵) durchführt.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass in jeder Krankenanstalt des KAV ein eigener Procuratio-Referent dafür zuständig sei, rasch zu kommunizieren und die entsprechenden Informationen unverzüglich an die Stationen bzw. die Patienten in geeigneter Form zu übermitteln.

Der Hauptverband hatte mitgeteilt, dass nach dem Wiener Krankenanstaltenvertrag der Versicherungsträger der Krankenanstalt unverzüglich mitzuteilen habe, wenn er die weitere Kostenübernahme ablehne.

¹³ Die Evaluierungsdatenbank ist eine KAV-weite Statistik-Auswertungs-Applikation für die Entlassungsmanager und dokumentiert die Leistungen im Entlassungsmanagement.

¹⁴ z.B. Entlassungsmanager Evaluierung Gesamt, Entlassungsmanager Evaluierung Jahr oder Entlassungsmanager Evaluierung Monat

¹⁵ Bei den Procuratio-Fällen kam es gleichzeitig mit dem Ende des Bedarfs an medizinischer Behandlung zu einer Ablehnung der Kostentragung durch den Krankenversicherungsträger (sogenannte Asylierung).



Procuratio-Management in den Krankenanstalten

Eine vertragliche Verpflichtung der Anstalt, dies auch dem Versicherten mitzuteilen, sei aus diesem Vertrag nicht ersichtlich und müsse dort auch nicht geregelt sein. Sie würde sich vorrangig aus dem Behandlungsvertrag zwischen Krankenhaus und Patient ergeben.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Erstinformation des Procuratio-Patienten über das Ende der Anstaltspflege durch den behandelnden Arzt oder gemeinsam mit der Stationsführung erfolgte. Für die Koordination der Informationen zwischen Procuratio-Patienten, Angehörigen, Sozialarbeitern, Krankenkassen und Fonds Soziales Wien waren sogenannte Procuratio-Referenten zuständig.

Der Procuratio-Referent war ein Mitarbeiter der Krankenhausverwaltung und hatte u.a. die Aufgabe, den Procuratio-Patienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter darüber zu verständigen, dass der Krankenversicherungsträger die weitere Finanzierung als Behandlungsfall abgelehnt hatte und der Patient somit als Pflegefall galt. Dies erfolgte mit dem Formular „Verständigung über Kassenablehnung, KAV-SD 947“ innerhalb einer Woche nach der Erstinformation.

Über die Verständigung der Procuratio-Patienten (Versicherungsnehmer) durch die Krankenanstalten bestand laut übereinstimmenden Angaben des KAV und des Hauptverbands Einvernehmen. Eine schriftliche Festlegung dieser Vorgangsweise bestand nicht.

10.2 Der KAV und der Hauptverband setzten die Empfehlung des RH um, indem einvernehmlich der KAV die Verständigung der Procuratio-Patienten vornahm. Dieser setzte Procuratio-Referenten auch dazu ein, die Information über das Ende der Anstaltspflege rechtzeitig und nachweislich an die Procuratio-Patienten bzw. deren Vertreter sicherzustellen.

Der RH wiederholte in diesem Zusammenhang seine Empfehlung, die Bemühungen um eine abgestimmte Vorgangsweise bei Procuratio-Fällen wieder aufzunehmen sowie in einer gemeinsamen (Kooperations)Vereinbarung festzulegen (siehe TZ 6); er empfahl aus Gründen der Nachvollziehbarkeit sowie im Interesse der Rechtssicherheit dem KAV und dem Hauptverband ergänzend, darin auch die Vorgangsweise betreffend die Verständigung der Procuratio-Patienten festzuhalten.



Procuratio-Management in den
Krankenanstalten

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

10.3 (1) Laut Stellungnahme der Stadt Wien sei eine neue Kooperationsvereinbarung zur Vorgangsweise bei Procuratio-Fällen von den Vertragspartnern Fonds Soziales Wien und KAV im Juli 2014 abgeschlossen worden; die diesbezüglichen Empfehlungen des RH seien darin berücksichtigt worden.

(2) Der Hauptverband teilte mit, dass er als Dachverband an der Abwicklung der Vertragsbeziehungen mit einzelnen Anbietern in der Regel nicht beteiligt sei. Die angeführte (Kooperations)Vereinbarung wäre durch die WGKK abzuschließen; der Hauptverband habe diesbezüglich keine Möglichkeit zur Einflussnahme.

10.4 (1) Der RH wies darauf hin, dass seine Empfehlung auch darauf abzielte, ebenso mit der WGKK eine (Kooperations)Vereinbarung zu treffen, um zwischen allen maßgeblich vom Procuratio-Verfahren betroffenen Institutionen eine abgestimmte Vorgangsweise sicherzustellen.

(2) Gegenüber dem Hauptverband stellte der RH klar, dass seine Empfehlung darauf gerichtet war, dass der Hauptverband versuchen sollte, auf ein Engagement der WGKK hinsichtlich einer (Kooperations)Vereinbarung mit dem Fonds Soziales Wien und dem KAV zur Sicherstellung einer abgestimmten Vorgangsweise bei Procuratio-Fällen hinzuwirken.

Sachwalterschaftsverfahren

11.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht (TZ 16) dem KAV, dem Fonds Soziales Wien und dem KH Göttlicher Heiland empfohlen, die Patienten verstärkt über die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht¹⁶ zu informieren.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass die Patienten und Angehörigen entsprechend den individuellen Gegebenheiten sowie situationsbedingt umfassend informiert würden.

Das KH Göttlicher Heiland hatte mitgeteilt, dass die Patienten und deren Angehörige bei Bedarf von Ärzten, Sozialarbeitern und vom Pflegepersonal von der Möglichkeit der Einrichtung einer Vorsorgevollmacht informiert würden.

¹⁶ Mit einer Vorsorgevollmacht wird jemand ermächtigt, für eine andere Person Entscheidungen zu treffen (z.B. über medizinische Behandlungen oder über die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung), wenn diese dazu nicht mehr imstande ist.



Procuratio-Management in den Krankenanstalten

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass in den KAV-Häusern die Patienten entsprechend der individuellen Gegebenheiten und – sofern aufgrund des Krankheitsbildes indiziert – über die Möglichkeiten der Vorsorgevollmacht informiert wurden. Diese Informationsweitergabe erfolgte im Rahmen eines Gesprächs mit den Sozialarbeitern, den Entlassungsmanagern, den behandelnden Ärzten oder gemeinsam durch die Stationsführung; dabei wurde den Patienten auch die unten angeführte Broschüre des Fonds Soziales Wien übergeben. Vereinzelt fanden Mitarbeiterveranstaltungen zu diesem Thema statt.

Der Fonds Soziales Wien publizierte im November 2012 eine Broschüre, die auch Informationen zum Thema Vorsorgevollmacht enthielt. Der Fonds Soziales Wien informierte vorzugsweise präventiv über die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht, etwa bei der Beratung über ambulante Pflege und Betreuung. Außerdem beriet der Kontaktbesuchsdienst der Stadt Wien im Auftrag des Fonds Soziales Wien bei Bedarf über die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht. Weiters fand eine für alle Mitarbeiter des Kundenservice verpflichtende Fortbildung zum Thema statt.

Das KH Göttlicher Heiland verwies ebenfalls auf die im Krankenhaus aufliegende Informationsbroschüre des Fonds Soziales Wien. Weiters würden die Antragsformulare an potenziell in Frage kommende Patienten bei der Aufnahme ausgehändigt. Im Rahmen der Pflegeanamnese werde ferner abgefragt, ob eine Vollmacht bestehe und auf deren Nutzen hingewiesen. Regelmäßig fanden entsprechende Mitarbeiterschulungen statt. Darüber hinaus gab es eine Leitlinie zu diesem Thema.

11.2 Der KAV, der Fonds Soziales Wien und das KH Göttlicher Heiland setzten die Empfehlung des RH um, indem sie die Patienten verstärkt über die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht informierten.

Gerade wegen der immer wieder ins Treffen geführten langen Sachwalterschaftsverfahren (siehe dazu TZ 3) empfahl der RH dem KAV, dem Fonds Soziales Wien und dem KH Göttlicher Heiland, diese Bemühungen fortzusetzen. Dabei wären insbesondere vom KAV verstärkt entsprechende Schulungen/Informationsveranstaltungen durchzuführen und die Mitarbeiter diesbezüglich anzuweisen.

11.3 *Laut Stellungnahme der Stadt Wien seien die Mitarbeiter bereits darüber in Kenntnis gesetzt worden, die Patienten über die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht zu informieren. Insbesondere werde auf das Angebot der Onlinebestellung der dieses Thema beinhaltenden Informationsbroschüre des Fonds Soziales Wien aufmerksam gemacht werden.*



Procuratio-Management in den
Krankenanstalten

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

- 11.4** Im Hinblick auf den von einer möglichen Vorsorgevollmacht betroffenen Personenkreis sollte nach Auffassung des RH einer ausführlichen persönlichen Information samt direkter Aushändigung der Broschüre des Fonds Soziales Wien der Vorzug gegeben werden. In diesem Zusammenhang wiederholte der RH seine insbesondere an den KAV gerichtete Empfehlung nach einer verstärkten Durchführung von Mitarbeiter-Schulungen/Informationsveranstaltungen zu diesem Thema.

Sonstige Verzögerungen

- 12.1** (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht (TZ 17) dem Fonds Soziales Wien empfohlen, die Informationsweitergabe an die Krankenanstalten des KAV im Bereich des Procuratio-Managements zu verbessern und zu standardisieren, um Verlängerungen des Krankenhausaufenthalts zu vermeiden.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass der Fonds Soziales Wien dem KAV standardisiert in jedem Procuratio-Fall zeitnah den Bearbeitungsstatus sowie die allenfalls fehlenden Unterlagen melden würde.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass ein bedarfsorientierter Informationsaustausch zwischen dem Fonds Soziales Wien und den Krankenanstalten per E-Mail stattfand, der sich folgendermaßen gestaltete:

Die Krankenanstalten übermittelten dem Fonds Soziales Wien Listen mit stationär aufgenommenen Patienten, die einen Pflegeheimantrag gestellt hatten. Der Fonds Soziales Wien meldete zurück, welche Unterlagen zur Ausstellung einer Förderbewilligung noch erforderlich waren oder ob es bereits eine Förderbewilligung gab. In der Folge informierten die Krankenanstalten den Fonds Soziales Wien, wenn Unterlagen nicht beigebracht werden konnten. Diese forderte der Fonds Soziales Wien bei den zuständigen Magistratsabteilungen an. Zuletzt informierte der Fonds Soziales Wien die Krankenanstalten per E-Mail über die Verständigung des Förderungsnehmers über die Bewilligung seiner Förderung.

- 12.2** Der Fonds Soziales Wien setzte die Empfehlung des RH um, indem eine standardisierte Rückmeldung des Bearbeitungsstatus bzw. Information über fehlende Unterlagen zeitnah erfolgte.

Schnittstelle Pflegebereich

Verrechnung der
Pflegeentgelte

13.1 (1) Der RH hatte dem Fonds Soziales Wien in seinem Vorbericht (TZ 18) empfohlen, im Interesse termingerechter Bezahlung der Pflegeentgelte für die Procuratio-Fälle zumindest laufend Akontozahlungen an die Krankenanstalten des KAV zu veranlassen. Dies vor dem Hintergrund, dass der Fonds Soziales Wien auf Basis der Kooperationsvereinbarung 2007 die Eigenleistung bei Procuratio-Patienten einhob und die mit dem KAV vereinbarten Pflegeentgelte (bestehend aus den Eigenleistungen der Patienten und dem Differenzbetrag auf 79,94 EUR pro Pflegetag) an diesen bzw. dessen Krankenanstalten leisten sollte. Die Leistung dieser Pflegeentgelte an den KAV war zeitlich verzögert erfolgt.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass die bisherige Stellungnahme unverändert aufrecht bleibe, wonach der Fonds Soziales Wien eine direkte Budgetzuteilung befürworte, hingegen in der Teilabrechnung mit den Krankenanstalten einen erheblichen Mehraufwand in der Administration und Verrechnung sehe und die verspätete Überweisung keinen Einfluss auf die Betriebsergebnisse des Fonds Soziales Wien und des KAV habe.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass laut Fonds Soziales Wien die Eigenleistungen der Procuratio-Patienten

- für die Jahre 2010 (rd. 1,7 Mio. EUR) und 2011 (rd. 1,3 Mio. EUR) im August 2012 und
- für das Jahr 2012 (rd. 1 Mio. EUR) im Oktober 2013

an den KAV überwiesen wurden. Für das Jahr 2013 waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch keine Zahlungen erfolgt. Insgesamt war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung laut KAV ein Betrag von rd. 5 Mio. EUR offen (davon für 2010 bis 2012: rd. 3,6 Mio. EUR als Differenzbetrag zwischen Eigenleistung der Kunden und Betrag pro Pflegetag laut Kooperationsvereinbarung 2007).

Der Fonds Soziales Wien war der Ansicht, dass die Kooperationsvereinbarung im Zusammenhang mit der Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung rückwirkend ab dem Jahr 2010 aufgehoben worden und er auch sonst nicht für die Finanzierung von Procuratio-Patienten zuständig sei. Er habe seit 2010 keine Budgetmittel unter dem Titel Procuratio erhalten und überweise deshalb seither nur mehr die Eigenleistungen der Patienten an den KAV.



Schnittstelle Pflegebereich

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

Demgegenüber führte die Stadt Wien aus, dass für 2010 ein einmaliger Mitteltransfer in Höhe von 3,3 Mio. EUR an den Fonds Soziales Wien für Procuratio-Fälle erfolgt sei¹⁷, der zu einer Erhöhung der „Basisdotation“ für die Folgejahre geführt habe. Ab dem Voranschlag 2011 sei es in der Verantwortung des Fonds Soziales Wien gelegen, Vorsorge für eventuelle Mehrbedarfe unter diesem Titel zu treffen.

Der KAV und der Fonds Soziales Wien einigten sich zur Zeit der Gebärungsüberprüfung darüber, die Kooperationsvereinbarung rückwirkend aufzulösen und über die Tatsache, noch offene Forderungen abzusprechen. Ein jährlicher Abgleich der zum Stichtag 31. Dezember jeweils noch offenen Forderungen des KAV mit dem Fonds Soziales Wien fand nicht statt.¹⁸ Die Höhe der offenen Beträge wurde unterschiedlich beziffert.¹⁹

Auch ein Entwurf der neuen Kooperationsvereinbarung (siehe TZ 6) sah nur die Überweisung der Eigenleistungen an den KAV vor.

- 13.2** Der Fonds Soziales Wien setzte die Empfehlung des RH nicht um, weil er nach wie vor keine Akontozahlungen tätigte und erst im August 2012 Zahlungen für die Jahre 2010 und 2011 sowie im Oktober 2013 für das Jahr 2012 leistete. Darüber hinaus überwies der Fonds Soziales Wien nur die Eigenleistungen der Patienten an den KAV.

Der RH wies in diesem Zusammenhang kritisch darauf hin, dass die (finanzielle) Zuständigkeit des Fonds Soziales Wien für Procuratio-Fälle dem Grunde und der Höhe nach nicht eindeutig und nachvollziehbar geregelt war. Weiters bestanden zwischen der Stadt Wien und dem Fonds Soziales Wien Auffassungsunterschiede über für Procuratio-Fälle zur Verfügung stehende finanzielle Mittel. Anhand der dem RH im Rahmen der Follow-up-Überprüfung vorgelegten Unterlagen war eine Klärung, ob bzw. in welcher Höhe der Fonds Soziales Wien ab 2010 finanzielle Mittel für die Begleichung der Forderungen des KAV von der Stadt Wien erhalten hatte, nicht möglich.

¹⁷ aus dem Ansatz 4110 – Allgemeine Sozialhilfe in den Ansatz 4001 – Fonds Soziales Wien

¹⁸ Deshalb waren die Forderungen des KAV – je nachdem, ob sie dem RH vom KAV oder vom Fonds Soziales Wien bekannt gegeben wurden – unterschiedlich hoch ausgewiesen – bspw.: für 2010: KAV: rd. 3,9 Mio. EUR, Fonds Soziales Wien: rd. 3,3 Mio. EUR; für 2012: KAV: rd. 1,6 Mio. EUR, Fonds Soziales Wien: rd. 1,8 Mio. EUR.

¹⁹ Der KAV vertrat bspw. die Ansicht, dass die Forderungen für 2010 bereits beglichen wurden, weil er die Zahlungen jeweils auf die ältesten Forderungen aufrechnete.



Schnittstelle Pflegebereich

Der RH empfahl dem Fonds Soziales Wien, im Interesse termingerechter Bezahlung der Pflegeentgelte für die Procuratio-Fälle, zumindest laufend Akontozahlungen an die Krankenanstalten des KAV zu veranlassen.

Weiters empfahl er der Stadt Wien, die Zuständigkeit für die Abgeltung von Procuratio-Fällen in Wiener Krankenanstalten sowie die daraus resultierenden Leistungsverpflichtungen klar und nachvollziehbar festzulegen. Darüber hinaus empfahl der RH der Stadt Wien, nach Klärung der Frage, ob bzw. in welcher Höhe der Fonds Soziales Wien für diese Leistungen seit 2010 finanzielle Mittel von ihr erhalten hat, eine Einigung zwischen dem KAV und dem Fonds Soziales Wien über allenfalls noch offene Forderungen des KAV herbeizuführen. Für die künftige Abwicklung der Procuratio-Fälle wäre eine transparente Vorgangsweise für die Verrechnung zu veranlassen.

13.3 *Laut Stellungnahme der Stadt Wien würde eine Teilabrechnung mit den Krankenanstalten aus Sicht des Fonds Soziales Wien einen erheblichen Mehraufwand in der Administration und Verrechnung verursachen. Bei einer einmaligen Übermittlung der bezahlten Beträge der Kunden könne jedoch sichergestellt werden, dass alle erfolgten Teilzahlungen im richtigen Zeitraum berücksichtigt würden.*

Betreffend die Zuständigkeit für die Abgeltung von Procuratio-Fällen werde darauf hingewiesen, dass diese grundsätzlich bei den Krankenanstalten, welche den Kunden die entsprechenden Kostennoten fällig stellen, liege.

Hinsichtlich der empfohlenen Einigung über noch offene Forderungen zwischen dem KAV und dem Fonds Soziales Wien wies die Stadt Wien darauf hin, dass beim Fonds Soziales Wien für Procuratio-Fälle keine Budgetmittel vorgesehen seien. Der KAV übermittle dem Fonds Soziales Wien eine Zahlungsaufforderung, in der die Forderungen an die Kunden dargestellt seien. Die bezahlten Beiträge der Kunden würden einmal jährlich an den KAV übermittelt. Der Differenzbetrag zwischen der Zahlungsaufforderung und den tatsächlich bezahlten Beiträgen sei durch den KAV abzuschreiben, wobei für die Gebarung der Stadt Wien dadurch kein Mehraufwand entstehe.

Zur künftigen Abwicklung der Procuratio-Fälle sei bereits im Jahr 2013 vereinbart worden, dass der Fonds Soziales Wien weiterhin die Kostenbeiträge der Kunden für den KAV einhebe und einmal jährlich an diesen überweise; die Differenz zu den angefallenen Tarifen sei vom KAV anzuschreiben.



Schnittstelle Pflegebereich

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

- 13.4 Der RH verblieb – im Interesse termingerechter Bezahlung der Entgelte für die Procuratio-Fälle – bei seiner Empfehlung an den Fonds Soziales Wien, zumindest laufend Akontozahlungen an die Krankenanstalten des KAV zu veranlassen.

Die Ausführungen der Stadt Wien, wonach beim Fonds Soziales Wien für Procuratio-Fälle keine Budgetmittel vorgesehen seien, nahm der RH zur Kenntnis. Diese ließen seiner Auffassung nach aber offen, ob bzw. in welcher Höhe der Fonds Soziales Wien ab 2010 finanzielle Mittel für die Begleichung der Forderungen des KAV von der Stadt Wien erhalten hatte.

Hinsichtlich der Ausführungen der Stadt Wien, wonach durch die Abschreibung der Differenzbeträge für die Gebarung der Stadt Wien kein Mehraufwand entstehe, wies der RH darauf hin, dass – auch wenn das Vermögen des KAV vom übrigen Vermögen der Stadt Wien gesondert verwaltet wurde – die Stadt Wien Rechtsträgerin war, weil der KAV über keine eigene Rechtspersönlichkeit verfügte.

Bearbeitung der
Förderanträge

- 14.1 (1) Der RH hatte dem Fonds Soziales Wien in seinem Vorbericht (TZ 19) empfohlen, bei der Bearbeitung der Förderanträge verfahrensverkürzende Maßnahmen zu ergreifen, um die Belagsdauer der Procuratio-Patienten in den Krankenanstalten zu verkürzen. Dies vor dem Hintergrund, dass sich die Bearbeitungsfrist häufig durch fehlende (Melde) Unterlagen verlängert hatte.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass der Fonds Soziales Wien weiterhin bemüht sei, erweiterte Abfragemöglichkeiten beim Zentralen Melderegister zu erwirken.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Fonds Soziales Wien nach wie vor nur über eingeschränkte Abfragemöglichkeiten beim Zentralen Melderegister verfügte. Wenn der Nachweis der Staatsbürgerschaft nicht (rechtzeitig) zur Verfügung stand, stellte er im Zuge der Bewilligung von Anträgen auf stationäre Pflege und Betreuung diesbezügliche Anfragen bei der Magistratsabteilung 35²⁰; teilweise verzögerte Rückmeldungen²¹ verlängerten laut Fonds Soziales Wien die Bewilligungsdauer. Im Vergleich zum Vorbericht wurde dem Fonds Soziales Wien zusätzlich für einen Teil der Fälle (Kunden mit Mindestsiche-

²⁰ Einwanderung, Staatsbürgerschaft, Standesamt

²¹ zu insgesamt 50 bis 70 Anfragen im Jahr – eher geringe Häufigkeit laut Fonds Soziales Wien



Schnittstelle Pflegebereich

rungsbezug²²) ein Zugriffsrecht auf bestimmte Daten der Magistratsabteilung 40 eingeräumt.

Um die Verfahrensdauer für die Bearbeitung von Förderanträgen zu verkürzen, traf der Fonds Soziales Wien inzwischen jedoch im eigenen Bereich eine Reihe von Maßnahmen, wie etwa den personellen Ausbau des Case-Managements und der Platzvermittlung (eigener Mitarbeiter für Procuratio-Fälle) oder die Verbesserung des IT-Systems, in dem die Procuratio-Fälle priorisiert gereicht wurden (siehe TZ 16). Der Fonds Soziales Wien hob positiv hervor, dass mit der Verbesserung der von den Krankenanstalten übermittelten pflegerelevanten Unterlagen die Entscheidungsgrundlagen häufiger vollständig waren.

- 14.2** Der Fonds Soziales Wien setzte die Empfehlung des RH um, indem er Maßnahmen setzte, die insgesamt verfahrensverkürzend wirkten. Dadurch verringerten sich die Wartezeiten auf einen Pflegeheimplatz in den letzten Jahren von 35 Tagen (2009) auf 21 Tage (2013) um 40 % (siehe auch TZ 3).

Der RH empfahl jedoch dem Fonds Soziales Wien ergänzend, seine Bemühungen um erweiterte Abfragemöglichkeiten beim Zentralen Melderegister fortzusetzen.

- 14.3** Die Stadt Wien teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass es zur Umsetzung der Empfehlung des RH einer entsprechenden Novellierung des Meldegesetzes 1991 bedürfe, weil der Fonds Soziales Wien nur über eine eingeschränkte Zugriffsberechtigung auf das Zentrale Melderegister verfüge.

- 15.1** (1) Der RH hatte dem Fonds Soziales Wien in seinem Vorbericht (TZ 19) empfohlen, die nachhaltige Vermeidung von Vorauszahlungen der zu Pflegenden für das Pflegeheim im Interesse finanzschwacher Patienten anzustreben. Dies vor dem Hintergrund, dass es in einigen privaten Pflegeeinrichtungen zumindest bis zum Jahr 2008 zu sogenannten Vorfinanzierungen (Vorauszahlungen der zu Pflegenden für das Pflegeheim) gekommen war.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass die bisherige Stellungnahme, wonach die privaten Pflegeeinrichtungen gemäß den Tarifvereinbarungen 2009 keine Zu- bzw. Vorauszahlungen mehr fordern würden, unverändert aufrecht bliebe.

²² laut Fonds Soziales Wien eher selten, weil die meisten Kunden Pensionsbezieher waren



Schnittstelle Pflegebereich

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Fonds Soziales Wien die Träger der anerkannten²³ privaten Pflegeeinrichtungen im Rahmen der jährlichen Tarifvereinbarungen („Tarifbrief“) verpflichtete, von den vom Fonds Soziales Wien geförderten Kunden keine Zuzahlungen zu verlangen. Darunter verstand der Fonds Soziales Wien laufende wie auch im Voraus verlangte Zuzahlungen.²⁴

Im Übrigen wurde mit der Umstellung auf kostendeckende Tarife im KAV, „Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung“, im Jahr 2012 auch in die sogenannten Preisbriefe (entspricht den Tarifbriefen bei privaten Einrichtungen) die Verpflichtung aufgenommen, keine Zu- bzw. Vorauszahlungen von pflegebedürftigen Kunden des Fonds Soziales Wien zu fordern.

15.2 Der Fonds Soziales Wien setzte die Empfehlung des RH um, indem er in den jährlich wiederkehrenden Tarifvereinbarungen die Träger der anerkannten Pflegeeinrichtungen verpflichtete, von vom Fonds Soziales Wien geförderten Pflegebedürftigen keine Zuzahlungen zu verlangen.

Vermittlung der
Pflegeheimplätze

16.1 (1) Der RH hatte dem Fonds Soziales Wien in seinem Vorbericht (TZ 20) empfohlen, die zentrale Vermittlung aller geförderten Pflegeheimplätze unter Beachtung der Wahlfreiheit der Klienten zügig voranzutreiben, um die Pflegeheimplätze transparent und der Dringlichkeit des Pflegebedarfs entsprechend zu vergeben.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass die bisherige Stellungnahme, nach der die Zuteilung der Pflegeheimplätze für private Pflegeeinrichtungen in Zukunft analog zu den städtischen Einrichtungen unter Verwendung des gleichen Systems erfolgen würde, unverändert aufrecht bleibe.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Fonds Soziales Wien die Pflegeheimplätze des KAV, „Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung“, alle frei werdenden Wohn- und Pflegeheimplätze des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser sowie die Pflegeheimplätze aller Einrich-

²³ Anerkannte Wohn- und Pflegeeinrichtungen erfüllen die allgemeinen und speziellen Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien.

²⁴ Implizit werden die Kunden im Antragsformular „auf Förderung für stationäre Pflege und Betreuung oder betreutes Wohnen“ aufmerksam gemacht, dass die Förderung vom Fonds Soziales Wien direkt an die Einrichtung bezahlt und über den geförderten Betrag seitens der Einrichtung an den Kunden keine Rechnung übermittelt werde.



Schnittstelle Pflegebereich

tungen anerkannter privater Träger und somit alle geförderten Pflegeheimplätze zentral vermittelte.

Die Zuteilung der Pflegeheimplätze erfolgte durch die automationsunterstützte Vorschlagsliste aus dem Klientenverwaltungssystem. Aufgrund der durch das System vorgegebenen Kriterien dieser Vorschlagsliste ergab sich folgende verbindliche Reihung:

- Wartedauer nach Ausstellung der Förderbewilligung (je länger ein Kunde wartete, umso weiter oben war er in der Liste gereiht),
- „Procuratio-Fälle“ vor „Nicht-Procuratio-Fällen“ und
- Aufnahme von Kunden aus Krankenanstalten vor Kunden, die direkt von zu Hause in ein Pflegeheim aufgenommen werden sollen.

Die Personalressourcen in der Pflegeheimplatzvermittlung im Fonds Soziales Wien wurden von einem VZÄ auf drei erhöht.²⁵ Jede Pflegeheimplatzvermittlung war in der Verlaufsdocumentation abgebildet, im Klientenverwaltungssystem dokumentiert und damit auswertbar. Im Informationsmaterial des Fonds Soziales Wien wurden öffentliche und private Einrichtungen gleichermaßen dargestellt und die Kunden aufgefordert, bis zu drei Wohn- und Pflegeheime bekannt zu geben.

- 16.2 Der Fonds Soziales Wien setzte die Empfehlung des RH um, indem er eine zentrale Vermittlung aller geförderten Pflegeheimplätze vornahm. Durch die automationsunterstützte Vorschlagsliste war gewährleistet, dass der Dringlichkeit des Pflegebedarfs entsprechend frei werdende Plätze immer zuerst Kunden mit Procuratio-Aufenthalt angeboten wurden. Die Wahlfreiheit der Kunden war durch die Aufforderung, Wohn- und Pflegeheime aus dem an sie ausgehändigten Informationsmaterial auszuwählen, gegeben.

²⁵ Dabei war ein Mitarbeiter für die Vermittlung von Pflegeheimplätzen des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser und einer von KAV-Plätzen zuständig; ein dritter Mitarbeiter übernahm die Platzvermittlung in private Einrichtungen und war gleichzeitig auch die Vertretung für die anderen Mitarbeiter. Zusätzlich gab es einen Mitarbeiter in der Administration, der ebenfalls für die Platzvermittlung eingeschult war und im Bedarfsfall ebenfalls vertreten konnte.



Schnittstelle Pflegebereich

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

17.1 (1) Der RH hatte dem Fonds Soziales Wien in seinem Vorbericht (TZ 20) empfohlen, bei der Zuteilung der Pflegeheimplätze auf die Wahrung des Vier-Augen-Prinzips zu achten.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass die bisherige Stellungnahme, wonach die Pflegeheimplatzzuteilung unter Wahrung des Vier-Augen-Prinzips umgehend umgesetzt worden sei, unverändert aufrecht bleibe.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Reihung der Klienten durch eine automationsunterstützte verbindliche Vorschlagsliste (siehe dazu auch TZ 16) erfolgte. Dadurch werde laut Fonds Soziales Wien ein Vier-Augen-Prinzip bei der Zuteilung von Pflegeheimplätzen im Normalfall nicht mehr benötigt. Eine Vorreihung anhand definierter Dringlichkeitskriterien war nur mit Zustimmung des Case Managements zulässig. Der dringende Bedarf wurde im Verlaufsprotokoll vermerkt.

17.2 Der Fonds Soziales Wien setzte die Empfehlung des RH teilweise um, indem nur bei dringend gebotener Vorreihung eines Klienten im Rahmen der automationsunterstützten Vorschlagsliste das Vier-Augen-Prinzip durch die verpflichtende Genehmigung durch das Case Management und die entsprechende Dokumentation im Verlaufsprotokoll gewahrt wurde.

Der RH verkannte nicht, dass die Reihung bei der Zuteilung von Pflegeheimplätzen durch die automationsunterstützte Vorschlagsliste verbindlich vorgegeben war. Es wäre jedoch bei der Zuteilung der Pflegeheimplätze stets auf das Vier-Augen-Prinzip zu achten.

17.3 *Laut Stellungnahme der Stadt Wien würden durch die gewählte Vorgangsweise (automatisierte Vorschlagsliste, Abweichung nur in begründeten Dringlichkeitsfällen mit verpflichtender Genehmigung durch den Case Manager) sämtliche persönliche Entscheidungen im Bereich der Pflegeplatzvermittlung strikt dem Vier-Augen-Prinzip unterliegen.*

17.4 Der RH wies darauf hin, dass seine Empfehlung darauf gerichtet war, nicht nur im Fall von Abweichungen von der Vorschlagsliste, sondern bei allen Zuteilungen von Pflegeplätzen auf das Vier-Augen-Prinzip zu achten.

Schnittstelle Pflegebereich

18.1 (1) In seinem Vorbericht (TZ 21) hatte der RH dem Fonds Soziales Wien empfohlen, die IT-Lösung bei der Vermittlung der Pflegeheimplätze zu verbessern, um eine bessere Handhabung und eine aktuelle sowie transparente Darstellung der Vergabe von Pflegeheimplätzen zu bewirken.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass die IT-Lösung zur Anwendung eines einheitlichen Regelwerks für die Vermittlung von Kunden auf Pflegeheimplätze implementiert und in Verwendung sei.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass alle auf einen Pflegeheimplatz wartenden Kunden im Klientenverwaltungssystem des Fonds Soziales Wien verwaltet wurden. Die Mitarbeiter der Pflegeheimplatzvermittlung arbeiteten die von diesem System erstellte Vorschlagsliste (siehe TZ 16) der vorgegebenen Reihung entsprechend ab.

Darüber hinaus arbeitete der Fonds Soziales Wien an einer standardisierten „Trägerkommunikation“, einem einheitlichen Tool für die Meldung und Belegung freier Plätze. Der Vorteil der Trägerkommunikation lag laut Fonds Soziales Wien in den jederzeit und in Echtzeit abrufbaren nach Leistungsarten gegliederten Pflegeheimplätzen auf Basis der Kapazitäten einschließlich deren Status wie z.B. frei, in Bearbeitung (durch den Fonds Soziales Wien), reserviert, gesperrt und belegt.

18.2 Der Fonds Soziales Wien setzte die Empfehlung des RH um, indem er durch die automationsunterstützte Vorschlagsliste die IT-Lösung in Richtung einer aktuellen sowie transparenten Darstellung der Vergabe von Pflegeheimplätzen verbesserte.

Der RH empfahl dem Fonds Soziales Wien im Sinne einer weiteren Optimierung des Procuratio-Managements, die Implementierung der Trägerkommunikation rasch voranzutreiben.

18.3 *Laut Stellungnahme der Stadt Wien arbeite der Fonds Soziales Wien intensiv an der Umsetzung der Trägerkommunikation. Dadurch sollen für die Kunden maximale Transparenz betreffend mögliche Wartezeit und Reihung sowie eine zeitgerechte Vorbereitung auf den Einzug in eine Einrichtung erzielt werden. Beim Fonds Soziales Wien werde dadurch eine zusätzliche Optimierung der Steuerung der Belegung sowie des Platzangebots erreicht.*



Schnittstelle Pflegebereich

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“Stationäre
Langzeitpflege

19.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht (TZ 23) dem Fonds Soziales Wien angesichts langer Wartezeiten²⁶ auf einen Pflegeheimplatz empfohlen, neben einer Detailanpassung der Kapazitäten in der stationären Langzeitpflege eine vermehrte Vermittlung der Procuratio-Patienten in private Pflegeeinrichtungen anzustreben. Zusätzlich sollten den Klienten sogenannte Übergangslösungen angeboten werden, wenn sich die Wartezeit auf einen Wunsch-Pflegeheimplatz als zu lang erweisen sollte.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass die bisherige Stellungnahme, nach der es sich bei den angeführten Wartezeiten um Pflegeheimplätze in notwendigen Spezialbereichen (z.B. Wachkomaversorgung) handeln würde und eine vermehrte Vermittlung von Procuratio-Patienten in private Pflegeeinrichtungen weder Änderungen an der Gesamtkapazität noch an den Wartezeiten ergeben würden, unverändert aufrecht bleibe. Die bisherige Verteilung beruhe auf einer Kooperationsvereinbarung zwischen KAV und Fonds Soziales Wien vom März 2008, wonach auf Wunsch des KAV 50 % der Aufnahmen in den öffentlichen Geriatriezentren aus städtischen Krankenanstalten erfolgen sollen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass sich die Wartezeiten auf einen Pflegeheimplatz seit 2009 deutlich verkürzt (siehe TZ 3). Wie in TZ 16 erwähnt, vermittelte der Fonds Soziales Wien auch die Pflegeheimplätze aller Einrichtungen anerkannter privater Träger; für die Platzvermittlung in private Einrichtungen war nunmehr ein eigener Mitarbeiter zuständig.

Zur Detailanpassung der Kapazitäten stellte der RH nunmehr fest, dass im Vergleich zu 2009 (7.580) im Jahr 2013 insgesamt 7.935 Pflegeheimplätze zur Verfügung standen; dabei wurden 45 neue Pflegeheimplätze für spezielle Anforderungen geschaffen. Im Bereich des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser wurde das Kontingent von 180 auf 380 Wohnplätze mit Betreuungs- und Pflegeleistungen mit teilweise speziellen Leistungen betreffend Demenz und Remobilisation angehoben.

Laut Auskunft der Stadt Wien²⁷ soll die Bedarfsplanung für Pflege und Betreuung alle fünf Jahre aktualisiert werden; die letzte Bedarfsplanung stammte aus 2009, eine Überarbeitung sei für 2014 vorgesehen.

²⁶ Mittelwert: knapp über 40 Tage im 1. Halbjahr 2009

²⁷ Magistratsabteilung 24, Gesundheits- und Sozialplanung



Schnittstelle Pflegebereich

Die im Nachfrageverfahren angesprochene Kontingentregelung mit dem KAV, wonach 50 % der Aufnahmen in den öffentlichen Geriatriezentren aus städtischen Krankenanstalten erfolgen sollen, wurde durch die verbindliche IT-unterstützte Vorschlagsliste aufgehoben. Weiters führte der Fonds Soziales Wien aus, dass den Kunden bei längeren Wartezeiten auf ihr Wunschpflegeheim ein vorübergehender Aufenthalt in anderen Heimen angeboten wurde.

- 19.2** Der Fonds Soziales Wien setzte die Empfehlung des RH um, indem er auch die Pflegeheimplätze aller Einrichtungen anerkannter privater Träger vermittelte und Kunden während der Wartezeit auf ihre Wunschplätze Übergangslösungen anbot. Weiters war ein Ausbau der Pflegeheimplätze insgesamt sowie von solchen für Patienten mit speziellen Anforderungen erfolgt.

Der RH beurteilte das Vorhaben der Stadt Wien positiv, die Bedarfsplanungen regelmäßig den aktuellen Gegebenheiten anzupassen.

Mehrkosten durch Procuratio-Fälle – Potenziale

- 20.1** (1) Der RH hatte dem KAV in seinem Vorbericht (TZ 25) empfohlen, im Zuge der Optimierung des Procuratio-Managements verstärkt strukturelle Maßnahmen (z.B. Schließung einer Station) zu forcieren, um eine Kostendämpfung zu bewirken. Dies vor dem Hintergrund, dass die insgesamt 150 Procuratio-Patienten zum Stichtag 30. Juni 2009 auf die einzelnen Stationen der jeweiligen Krankenanstalten verteilt waren.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Wiener Stadtsenat mitgeteilt, dass der KAV strukturelle Maßnahmen zur Kostendämpfung nach den Vorgaben des Wiener Spitalskonzepts 2030 sowie den Vorgaben des RSG konsequent umsetzen würde.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass sich zum Stichtag 30. Juni 2013 in den Krankenanstalten des KAV 39 Procuratio-Patienten befanden. Die Procuratio-Patienten verteilten sich auf die einzelnen Krankenanstalten des KAV wie folgt:



Mehrkosten durch Procuratio-Fälle –
Potenziale

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

Tabelle 3: Procuratio-Patienten zum Stichtag 30. Juni 2013

Krankenanstalten	Procuratio-Patienten
	Anzahl
Kaiser-Franz-Josef-Spital	13
KH Hietzing	8
Donauspital	8
Wilhelminenspital	6
AKH Wien ¹	1
Krankenanstalt Rudolfstiftung	1
Otto-Wagner-Spital	1
Sophienspital	1
Gesamt	39

¹ zum Stichtag 1. Juli 2013

Quelle: KAV

Die Tabelle zeigt, dass nunmehr – im Unterschied zur Ausgangslage im Vorbericht – in allen Krankenanstalten die Gesamtzahl der Procuratio-Patienten deutlich unter der Idealgröße einer eigenen Station mit rd. 30 Betten lag. Dies bildete die Wirkung der bereits dargestellten Maßnahmen seit dem Vorbericht ab, durch welche die Anzahl der Procuratio-Patienten (von 2008 (990 Fälle) auf 2013 (584 Fälle) um rd. 40 %) und die Belagstage sowohl als Behandlungs- als auch als Pflegefall (siehe TZ 3) deutlich gesenkt werden konnten.

Strukturelle Maßnahmen ergriff der KAV dahingehend, dass entsprechend dem RSG die Akutgeriatrie von 229 Betten im Jahr 2010 auf geplante 288 Betten im Jahr 2020 ausgebaut werden soll.

20.2 Vor dem Hintergrund, dass Belagstage in Krankenanstalten²⁸ deutlich kostenintensiver waren als solche in Pflegeeinrichtungen, setzte der KAV die Empfehlung des RH um, indem sowohl die Anzahl der Procuratio-Patienten als auch die Belagstage dieser Patienten reduziert wurden. Mit dem geplanten Ausbau der Akutgeriatrie soll älteren Menschen die Rückkehr in das häusliche Umfeld ermöglicht werden; dadurch kann ein Pflegebedarf sowohl im Krankenhaus als auch in einem Pflegeheim verringert bzw. verzögert werden.

²⁸ Belagstag in Krankenanstalten: durchschnittlich rd. 850 EUR pro Tag,
Belagstag in städtischen Pflegeeinrichtungen: durchschnittlich rd. 270 EUR pro Tag

Schlussempfehlungen

21 Der RH stellte fest, dass der Wiener Krankenanstaltenverbund von zehn überprüften Empfehlungen acht umgesetzt, eine teilweise umgesetzt sowie eine nicht umgesetzt hatte. Der Fonds Soziales Wien hatte von elf überprüften Empfehlungen acht umgesetzt, eine teilweise sowie zwei nicht umgesetzt. Der Wiener Gesundheitsfonds setzte die an ihn gerichtete Empfehlung teilweise um. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger setzte von zwei Empfehlungen eine um; eine weitere Empfehlung blieb offen. Das Ordenskrankenhaus Göttlicher Heiland setzte die Empfehlung um.

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Reihe Wien 2011/2

Vorbericht		Follow-up-Überprüfung		
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	umgesetzt	teilweise umgesetzt nicht umgesetzt
Wiener Krankenanstaltenverbund				
2, 5	Fortsetzung der Optimierung des Managements für Procuratio-Fälle	3	X	
7	Belassung von Procuratio-Patienten nur im Falle einer medizinischen Notwendigkeit in den Abteilungen für Chirurgie und Unfallchirurgie	4	X	
9	Keine Einweisung von potenziellen Procuratio-Patienten in das Sophienspital als Akutgeriatrie ohne vorherige Begutachtung	5		X
10	Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung 2007 zur Vorgangsweise beim Procuratio-Management und Anpassung der Richtlinie des Wiener Krankenanstaltenverbunds	6		X
12, 13	Weitere Forcierung des Entlassungsmanagements in den Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbunds	7	X	
13	Berücksichtigung der aktiven frühzeitigen Vorbereitung der Entlassung bei der weiteren Etablierung des Entlassungsmanagements	8	X	
13	Ausbau und Verbesserung der Funktionsweise der Evaluierungsdatenbank	9	X	
15	Klärung der Frage, wer die Information des Patienten über das Ende der Anstaltspflege durchführt	10	X	
16	Verstärkte Information der Patienten über die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht	11	X	
25	Forcierung struktureller Maßnahmen zur Kostendämpfung	20	X	



Schlussempfehlungen

**Belegmanagement in Akutkrankenanstalten
mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“**

Fortsetzung: Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Reihe Wien 2011/2					
Vorbericht			Follow-up-Überprüfung		
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	umgesetzt	teilweise umgesetzt	nicht umgesetzt
Fonds Soziales Wien					
2, 5	Fortsetzung der Optimierung des Managements für Procuratio-Fälle	3	X		
10	Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung 2007 zur Vorgangsweise beim Procuratio-Management und Anpassung der Richtlinie des Wiener Krankenanstaltenverbunds	6			X
16	Verstärkte Information der Patienten über die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht	11	X		
17	Verbesserung der Informationsweitergabe des Fonds Soziales Wien an die Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbunds im Bereich des Procuratio-Managements	12	X		
18	Veranlassung von zumindest laufenden Akontozahlungen an die Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbunds	13			X
19	Anwendung verfahrensverkürzender Maßnahmen bei der Bearbeitung von Förderanträgen	14	X		
19	Vermeidung von Vorauszahlungen der zu Pflegenden an das Pflegeheim	15	X		
20	Zügiges Vorantreiben der zentralen Vermittlung aller geförderten Pflegeheimplätze	16	X		
20	Wahrung des Vier-Augen-Prinzips bei der Zuteilung von Pflegeheimplätzen	17		X	
21	Verbesserung der IT-Lösung bei der Vermittlung von Pflegeheimplätzen	18	X		
23	Vermehrte Vermittlung von Procuratio-Patienten in private Pflegeeinrichtungen	19	X		
Wiener Gesundheitsfonds					
3	Lückenlose und richtige Dokumentation der Procuratio-Fälle in der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung	2		X	
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger					
10	Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung 2007 zur Vorgangsweise beim Procuratio-Management und Anpassung der Richtlinie des Wiener Krankenanstaltenverbunds	6			X
15	Klärung der Frage, wer die Information des Patienten über das Ende der Anstaltspflege durchführt	10	X		
Krankenhaus Göttlicher Heiland GmbH					
16	Verstärkte Information der Patienten über die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht	11	X		

Schlussempfehlungen

Anknüpfend an den Vorbericht hob der RH die folgenden Empfehlungen hervor:

**Wiener Kranken-
anstaltenverbund,
Fonds Soziales
Wien, Hauptverband
der österreichischen
Sozialversicherungs-
träger**

(1) Die Bemühungen um eine abgestimmte Vorgangsweise bei Procuratio-Fällen wären wieder aufzunehmen und in einer gemeinsamen (Kooperations)Vereinbarung festzulegen. Darin sollte auch festgehalten werden, wer die Information des Patienten über das Ende der Anstaltspflege vorzunehmen hat. (TZ 6, 10)

**Wiener Kranken-
anstaltenverbund,
Fonds Soziales
Wien, Ordenskran-
kenhaus Göttlicher
Heiland**

(2) Die Bemühungen, Patienten verstärkt über die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht zu informieren, wären fortzusetzen. Dabei wären insbesondere vom Wiener Krankenanstaltenverbund verstärkt entsprechende Schulungen/Informationsveranstaltungen durchzuführen und die Mitarbeiter diesbezüglich anzuweisen. (TZ 11)

**Stadt Wien, Wiener
Gesundheitsfonds**

(3) Vor dem Hintergrund der in der Art. 15a B-VG Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit vorgesehenen Zuständigkeit für Nahtstellen sowie einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit wäre die Procuratio-Thematik in den Gremien des Wiener Gesundheitsfonds, in denen sowohl das Land als auch die Sozialversicherungen vertreten sind, zu behandeln. (TZ 6)

**Wiener Kranken-
anstaltenverbund,
Fonds Soziales Wien**

(4) Es wären die konkreten Gründe für die sich aufgrund der Mittelwerte ergebende steigende Tendenz bei den Belagsdauern als Behandlungs- und als Pflegefall zu evaluieren und die Optimierung des Managements für Procuratio-Fälle weiterhin fortzusetzen. (TZ 3)

Stadt Wien

(5) Die Zuständigkeit für die Abgeltung von Procuratio-Fällen in Wiener Krankenanstalten sowie die daraus resultierenden Leistungsverpflichtungen wären klar und nachvollziehbar festzulegen. (TZ 13)

(6) Nach Klärung der Frage, ob bzw. in welcher Höhe der Fonds Soziales Wien für Procuratio-Fälle seit 2010 finanzielle Mittel von der Stadt Wien erhalten hat, wäre eine Einigung zwischen dem Wiener Krankenanstaltenverbund und dem Fonds Soziales Wien über allenfalls noch offene Forderungen des Wiener Krankenanstaltenverbunds herbeizuführen. (TZ 13)



Schlussempfehlungen

Belegmanagement in Akutkrankenanstalten mit dem Schwerpunkt „Procuratio-Fälle“

(7) Für die künftige Abwicklung der Procuratio-Fälle wäre eine transparente Vorgangsweise für die Verrechnung zu veranlassen. (TZ 13)

Wiener Gesundheitsfonds

(8) Es wäre eine zumindest stichprobenartige Überprüfung von nicht als Procuratio-Fälle ausgewiesenen Langliegern zu erwägen. (TZ 2)

Wiener Krankenanstaltenverbund

(9) Vor dem Hintergrund, dass die Akutgeriatrie der Remobilisation von betagten Patienten und nicht der Betreuung von Pflegebedürftigen dient, wäre bis zur endgültigen Übersiedlung in das Krankenhaus Hietzing die Anzahl von potenziellen Procuratio-Patienten, die direkt durch die Rettung eingewiesen werden, nach Möglichkeit weiter zu verringern. (TZ 5)

(10) Der Bedarf an Entlassungsmanagern in den einzelnen Wiener Krankenanstaltenverbunds-Häusern wäre regelmäßig zu evaluieren, um einen optimalen Ressourceneinsatz sicherzustellen. (TZ 7)

Fonds Soziales Wien

(11) Im Interesse termingerechter Bezahlung der Pflegeentgelte für die Procuratio-Fälle wären zumindest laufend Akontozahlungen an die Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbunds zu veranlassen. (TZ 13)

(12) Die Bemühungen um erweiterte Abfragemöglichkeiten beim Zentralen Melderegister wären fortzusetzen. (TZ 14)

(13) Bei der Zuteilung der Pflegeheimplätze wäre stets auf das Vier-Augen-Prinzip zu achten. (TZ 17)

(14) Im Sinne einer weiteren Optimierung des Procuratio-Managements wäre die Implementierung der Trägerkommunikation rasch voranzutreiben. (TZ 18)

