



Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

Tabelle 10: Erfassung von Komplikationsraten im KH Zell am See

	Systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle	Meldung an Register
Chirurgie	nein	nein	nein	nein
Innere Medizin	ja	nein	teilweise	nein
Unfallchirurgie	ja	nein	nein	nein
Gynäkologie Geburtshilfe	Schwangerschaft/ Geburt/ Wochenbett	ja (Viewpoint)	nein	ja (Österreichisches Geburtenregister)
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	nein	nein	nein	nein
Urologie	nein	nein	nein	nein
Augenheilkunde	nein	nein	nein	nein
Anästhesie und Intensivmedizin	ja	ja (ANDOK bzw. MCC-OP)	nein	Transfusions- medizinregister

Quelle: KH Zell am See

(2) Auch im LKH Mittersill wurden Komplikationen nicht zentral erfasst und krankenhausweit ausgewertet. Abteilungsspezifisch erfolgte eine Erfassung im Fachbereich Chirurgie im Rahmen des österreichweiten Projekts „Qualitätssicherung in der Chirurgie“ von BIQG, der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC) und des Berufsverbands Österreichischer Chirurgen (BÖC). Dokumentiert wurden Fälle, bei denen ein sogenannter „ungeplanter Re-Eingriff“ bis zum 14. postoperativen Tag durchgeführt wurde, um eine Re-Operationsrate, differenziert nach Operationsarten, auswerten zu können. Detailliertere Auswertungen über Komplikationen gab es für den Fachschwerpunkt Orthopädie.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Tabelle 11: Erfassung von Komplikationsraten im LKH Mittersill

	Systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle	Meldung an Register
Chirurgie	ja	ja	ja (GÖG)	ja (Qualitäts- sicherung in der Chirurgie, GÖG)
Innere Medizin	nein	nein	nein	nein
Orthopädie	ja	nein	ja (Patronanzabteilung im KH Schwarzach)	nein

Quelle: LKH Mittersill

(3) Im LKH Tamsweg wurden Komplikationen ebenfalls nicht zentral erfasst und krankenhausweit ausgewertet. Abteilungsspezifisch erfolgte eine Erfassung nur durch die Geburtshilfe im Rahmen der Teilnahme am österreichischen Geburtenregister.

Tabelle 12: Erfassung von Komplikationsraten im LKH Tamsweg

	Systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle	Meldung an Register
Chirurgie	nein	nein	nein	nein
Innere Medizin	nein	nein	nein	nein
Gynäkologie Geburtshilfe	ja (Meldung Geburtenregister)	ja (Meldung Geburtenregister)	nein	ja (Österreichisches Geburtenregister)
Unfallchirurgie	nein	nein	nein	nein

Quelle: LKH Tamsweg

(4) Im KH BBR Salzburg wurden Komplikationen an den Abteilungen für Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Intensivmedizin erfasst; eine zentrale Auswertung im Sinne einer krankenhausweiten Komplikationsstatistik war jedoch nicht möglich. Die Erfassung erfolgte abteilungsspezifisch unterschiedlich. Die chirurgische Abteilung erfasste im Rahmen der Patientendokumentation die aufgetretene Komplikation sowie die dadurch erforderlich gewordene zusätzliche Therapie nach der sogenannten Clavien-Dindo Klassifikation³⁹. Letz-

³⁹ eine Klassifikation für die Erfassung des Schweregrades von (hier chirurgischen) Komplikationen mit dem Ziel der zukünftigen Fehlervermeidung



Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

tere war für die Abteilung auch statistisch auswertbar. Bei minimal-invasiven Eingriffen fand auf der chirurgischen Abteilung zusätzlich eine systematische Erfassung mit Hilfe einer eigens erstellten Datenbank statt, wodurch auch mit externen Daten im Sinne eines Benchmark verglichen wurde (Single Incision Register).

Tabelle 13: Erfassung von Komplikationsraten im KH BBR Salzburg

	Systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle	Meldung an Register
Chirurgie	ja	ja (KIS)	nein	ja (Single Incision Register)
Innere Medizin	ja	ja (KIS, ICDoc)	nein	nein
Gynäkologie	ja	ja (KIS)	nein	nein
Anästhesie und Intensivmedizin	ja	ja (KIS, ICDoc)	nein	nein
Urologie	nein	nein	nein	nein

Quelle: KH BBR Salzburg

(5) Das KH Oberndorf erfasste Komplikationen an allen Abteilungen. Auch hier fand aber keine zentrale Meldung und keine krankenhausweite Auswertung statt.

Tabelle 14: Erfassung von Komplikationsraten im KH Oberndorf

	Systematische Erfassung	IT-unterstützt	Auswertung durch kollegiale Führung/ andere zentrale Stelle	Meldung an Register
Chirurgie	ja	ja (Excel)	nein	nein
Innere Medizin	ja	ja (Excel)	nein	ja (ÖGGH)
Orthopädie	ja	ja (Excel)	nein	ja (KEP-Register GÖG)
Anästhesie und Intensivmedizin	ja	ja	nein	nein

Quelle: KH Oberndorf

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

14.2 Die Erfassung von Komplikationen handhabten die überprüften Krankenanstalten je nach Abteilung und abhängig vom persönlichen Engagement des jeweiligen Abteilungsleiters unterschiedlich. Eine krankenhausübergreifende zentrale Auswertung war dadurch in keiner Krankenanstalt möglich.

Der RH wies in diesem Zusammenhang auf die krankenanstaltenrechtliche Verantwortung der kollegialen Führung, insbesondere der ärztlichen Leitung hin, „die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen“ (§ 5b Abs. 3 KAKuG bzw. § 33 Abs. 2 SKAG). Dazu zählten auch Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität, für deren Beurteilung ein Überblick über die Komplikationsraten der einzelnen Abteilungen aus Sicht des RH ein wesentliches Kriterium war.

Auch im Sinne der Transparenz empfahl der RH den überprüften Krankenanstalten, unter Einbindung der Primärärzte der Fachabteilungen auf eine systematische Erfassung und zentrale Auswertung von Komplikationen durch das Qualitätsmanagement mit anschließender Meldung an die kollegiale Führung hinzuwirken.

Im Interesse einer bundesweiten Vergleichbarkeit der Komplikationsraten wären nach Ansicht des RH zentrale Vorgaben bezüglich der zu erfassenden Daten unabdingbar. Diese Vorgaben sollte das BMG – z.B. aufbauend auf dem Indikatorenmodell (siehe TZ 8) und bereits bestehenden Registern sowie auf WHO-Vergleichsdaten – etwa in Form einer Bundesqualitätsrichtlinie erlassen. Diese Daten könnten auch ein bundesweites Benchmarking ermöglichen.

14.3 Laut *Stellungnahme des BMG würden Komplikationen durch A-IQI systematisch erfasst und ausgewertet. Mit aus dem LKF-System erhobenen Krankenhaus-Daten würden Mortalitätsraten und andere Ergebnisindikatoren transparent dargestellt und weiterentwickelt. Die Auffälligkeiten und Ergebnisse würden analysiert und könnten zur Empfehlung der Durchführung eines Peer-Review-Verfahrens durch die Steuerungsgruppe führen. Ein solches Verfahren komme dann zum Einsatz, wenn Ergebnisse statistisch signifikant außerhalb des Zielbereichs lägen und/ oder die Steuerungsgruppe dies empfehle. Darüber hinaus würden im Rahmen der Ergebnisqualitätsmessung A-IQI zukünftig auch Komplikationsraten abgefragt. Für das Jahr 2012 sei dies bereits bei der Cholezystektomie bundesweit erstmalig durchgeführt worden.*

Im Sommer 2012 habe die Bundesgesundheitskommission in einem ersten Schritt die Umsetzung der Pseudonymisierung bei zukünftigen Datenmeldungen für den ambulanten Bereich beschlossen. Weiters sei



Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

im Zuge der Novellierung der geltenden Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vereinbart worden, ab Jänner 2015 die gesamte ambulante und stationäre Dokumentation in einer für alle Bereiche identen Weise zu pseudonymisieren. Dies ermögliche zukünftig auch eine entsprechende langfristige Analyse von Patientenkarrieren (inklusive Erfassung später auftretender Komplikationen) und damit eine episoden- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Die Qualitätsergebnismessung auf Basis von Routinedaten (A-IQI) werde von Jahr zu Jahr weiter ausgebaut und es würden jährlich neue Themenschwerpunkte zur tiefergehenden Analyse ausgewählt.

Die Stadtgemeinde Zell am See teilte ergänzend mit, im KH Zell am See fänden seit September 2012 regelmäßige abteilungsübergreifende Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen statt.

Das LKH Mittersill habe laut Stellungnahme des Landes Salzburg im Bereich der Inneren Medizin eine systematische Komplikationserfassung irrtümlich verneint. Im Rahmen der Schrittmacherimplantationen erfolge sehr wohl eine systematische, IT-unterstützte Erfassung der Komplikationsrate, die der kollegialen Führung zur Auswertung zugeleitet werde. Eine Meldung an ein Register in Bezug auf die Komplikationsraten erfolge nicht, sehr wohl hingegen in Bezug auf die Implantationen.

Das LKH Tamsweg werde laut Stellungnahme des Landes Salzburg im Sinne der Transparenz die Primärärzte der Fachabteilungen einbinden und im Rahmen des Qualitätsmanagements einer systematischen Erfassung und zentralen Auswertung von Komplikationen, mit anschließender Meldung an die kollegiale Führung, nachkommen. Im Sinne der Patientensicherheit seien im LKH Tamsweg umgehend Identifikationsbänder bestellt worden und würden noch heuer implementiert.

Der Konvent der Barmherzigen Brüder teilte ergänzend mit, dass krankenhausübergreifende Auswertungen derzeit IT-unterstützt überwiegend mit Finanzparametern möglich seien. Die ARGE der ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren bespreche in regelmäßigen Treffen Möglichkeiten des Qualitätsbenchmarks. Die Abteilungen für Anästhesie und Intensivmedizin der Barmherzigen Brüder Österreich führten Audits innerhalb des Brüderverbundes durch. Für das Jahr 2013 sei eine Komplikationsstatistik geplant, wofür Mindestkennzahlen definiert worden seien.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Die Stadtgemeinde Oberndorf teilte mit, im Rahmen des Qualitätsmanagements würden unter Einbindung der Primärärzte und Fachabteilungen alle Komplikationen im KH Oberndorf systematisch erfasst, zentral aufbereitet und von der Qualitätsmanagerin an die kollegiale Führung gemeldet.

14.4 Der RH wies gegenüber dem BMG darauf hin, dass durch A-IQI bisher schwerpunktmäßig Mortalitätsraten erfasst und ausgewertet werden. Die Initiative des BMG, das Indikatorenmodell in Zukunft zu erweitern und neben der Mortalität auch andere Komplikationen abzubilden, beurteilte der RH positiv. Die Ergebnisse sollten aber in eine einheitliche und öffentliche Qualitätsberichterstattung münden, um eine bundesweite Vergleichbarkeit von Komplikationsraten im Sinne eines Benchmarking zu ermöglichen.

Histologische Untersuchungen

15.1 Das SKAG sah im Unterschied etwa zum Wiener Krankenanstaltengesetz nicht vor, dass alle durch diagnostische und therapeutische Eingriffe gewonnenen Zellen und Gewebe einer zytopathologischen bzw. histopathologischen Untersuchung zuzuführen sind. Wie bereits in der Überprüfung des RH im Herbst 2011 (Reihe Bund 2012/12) festgestellt, führten die Salzburger Krankenanstalten zytopathologische bzw. histopathologische Untersuchungen nicht lückenlos im Zuge von Operationen durch:

- (1) Im KH Zell am See wurden nahezu bei allen Allgemeinchirurgischen Eingriffen⁴⁰ (249 von 254) histologische Untersuchungen angeordnet.
- (2) Das LKH Mittersill forderte bei allen 55 Allgemeinchirurgischen Eingriffen histologische Untersuchungen an.
- (3) Im LKH Tamsweg fanden nahezu bei allen Allgemeinchirurgischen Eingriffen (102 von 103) histologische Untersuchungen statt.
- (4) Auch im KH BBR Salzburg erfolgten nahezu bei allen Allgemeinchirurgischen Eingriffen (490 von 497) histologische Untersuchungen.
- (5) Im KH Oberndorf wurden bei 167 von 195 Allgemeinchirurgischen Eingriffen histologische Untersuchungen angeordnet.

In den Krankenanstalten entschieden die operierenden Ärzte von Fall zu Fall, ob eine im Zuge der Operation entnommene Gewebeprobe histologisch untersucht werden soll. Begründet wurde dies damit, dass

⁴⁰ Bl盲nddarm, Galle, Bauchspeicheld盲se, Schildd盲se, Brust-OP, Dickd盲rm



Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

bei bestimmten Eingriffen aus dem Erfahrungswissen der Mediziner das Vorhandensein pathologischer Veränderungen unwahrscheinlich bzw. mit hohen Kosten verbunden sei bzw. dass es in keiner der überprüften Krankenanstalten eine eigene Pathologie gebe und das Untersuchen der Gewebeproben durch andere Pathologien teuer sei.

- 15.2** Nach Ansicht von Pathologen garantieren histopathologische Untersuchungen eine strenge dauerhafte Qualitätskontrolle, die auch Aspekte der medizinischen Prozessqualität erfassen.

Im Interesse der Patientenbehandlungssicherheit bzw. auch aus forensischen Gründen empfahl der RH den fünf Krankenanstalten, alle entnommenen Gewebeproben – soweit medizinisch indiziert und ökonomisch vertretbar – histologisch zu untersuchen.

Dem Land Salzburg empfahl er, verbindliche Vorgaben zu erlassen, bei welchen Eingriffen histologische Untersuchungen durchzuführen sind.

- 15.3** Die Stadtgemeinde Oberndorf teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass das KH Oberndorf bis zum Vorliegen verbindlicher Vorgaben durch das Land Salzburg alle entnommenen Gewebeproben histologisch untersuchen werde.

Fehlermeldesysteme

- 16.1** Bei Fehlermeldesystemen (sogenannte Critical Incident Reporting Systems – CIRS) handelt es sich um Erfassungssysteme für Fehler, „Bei-naheschäden“ und Schäden, die auf die Analyse der Fehlererkennung und die Vermeidung zukünftiger Fehler ausgerichtet sind. Solche Systeme basieren auf freiwilligen Meldungen. Krankenhausmitarbeiter können anonym kritische Ereignisse an eine zentrale Stelle (zumeist an den Abteilungsvorstand) melden, an der diese Meldungen ausgewertet sowie eventuell Verbesserungsvorschläge erstellt und diese veröffentlicht werden. Solche Meldungen sind unabhängig von etwaigen Straf- oder Zivilverfahren und haben ausschließlich das Ziel, die Fehlerkultur zu verbessern.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ging in einem Bericht aus dem Jahr 2004 anhand internationaler Studien und Vergleiche von rd. 245.000 Zwischenfällen in Krankenanstalten und rd. 2.900 bis 6.800 Todesfällen in Krankenanstalten pro Jahr, die auf Fehler bzw. Fehlverhalten zurückzuführen waren, aus.⁴¹

⁴¹ iatrogene Todesfälle (durch ärztliche Maßnahmen verursacht)

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen veröffentlichte im Juni 2010 einen Leitfaden zu Fehlermeldesystemen. Dieser Leitfaden soll als Implementierungshilfe für die Einführung von internen Fehlermeldesystemen dienen. Als wichtigste Merkmale eines Fehlermeldesystems werden dabei die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Sanktionsfreiheit und die Anonymität des Meldenden genannt.

(1) Das KH Zell am See verwendete ein IT-unterstütztes Fehlermeldesystem, um täglich auftretende Zwischenfälle, die meist nicht zu manifesten Schädigungen führen, lückenlos erfassen und auswerten zu können.

(2) Das LKH Mittersill verwendete kein Fehlermeldesystem.

(3) Das LKH Tamsweg verfügte über ein anonymes Fehlermeldesystem, doch es gab kaum Eintragungen.

(4) Das KH BBR Salzburg verwendete kein standardisiertes Fehlermeldesystem, wies aber auf ein hausinternes Fehlermelde- und Beschwerdewesen für Mitarbeiter hin, das auch Fehlermeldungen aus dem OP-Bereich miteinschloss.

(5) Das KH Oberndorf verwendete ebenfalls kein standardisiertes Fehlermeldesystem, es wurden jedoch sogenannte „Komplikationsbesprechungen“ durchgeführt.

16.2 Der RH wies auf die Bedeutung von Fehlermeldesystemen zur Verbesserung der Patientensicherheit hin und unterstrich die im Leitfaden des Bundesinstituts genannten Voraussetzungen der Freiwilligkeit, Sanktionsfreiheit und Anonymität. Er empfahl deshalb dem LKH Mittersill, dem KH BBR Salzburg und dem KH Oberndorf, standardisierte interne Fehlermeldesysteme zu installieren. Dem LKH Tamsweg empfahl er, das bestehende Fehlermeldesystem besser zu nutzen.

16.3 Das LKH Mittersill plane laut Stellungnahme des Landes Salzburg aufgrund der gemeinsamen Rechtsträgerschaft mit dem LKH Tamsweg die Übernahme von dessen Fehlermeldesystem.

Der Konvent der Barmherzigen Brüder teilte ergänzend mit, dass im KH BBR Salzburg derzeit Zwischenfälle und unerwünschte Ereignisse über die jeweilige Stationsleitung bzw. den Abteilungsvorstand an die kollegiale Führung gemeldet würden. Im Jahr 2013 werde ein systematisches Erfassungs- und Analysesystem CIRS implementiert.



Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

Die Stadtgemeinde Oberndorf teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass das KH Oberndorf bis zur endgültigen Entscheidung über die Einführung und Umsetzung des CIRSmedical ein internes Fehlermeldesystem implementieren werde.

Zertifizierungen

17.1 Zertifizierungsverfahren dienen im Bereich von Krankenanstalten u.a. zur Überprüfung der Rahmenbedingungen der medizinischen Leistungserbringung, wie etwa der Aufbau- und Ablauforganisation und interner Prozesse, auf Übereinstimmung mit bestimmten Standards. Sie werden von zumeist privaten Organisationen vorgenommen.⁴²

Eine einheitliche Meinung über die für diesen Bereich am besten geeigneten Zertifizierungsverfahren hat sich in Österreich bisher nicht durchgesetzt, auch lag keine entsprechende Leitlinie oder Empfehlung des BMG vor.

(1) Im KH Zell am See war zuletzt 2009 eine Zertifizierung erwogen worden. Da für die im Vorfeld der Zertifizierung durchzuführende Selbstbewertung jedoch umfangreiche externe Beratungsleistungen notwendig gewesen wären, nahm das KH Zell am See davon wieder Abstand. In der Sitzung des Qualitätsteams am 13. Jänner 2010 wurde ausdrücklich festgehalten, dass derzeit keine Zertifizierung in Frage komme.

(2) Das LKH Mittersill nahm keine Zertifizierung in Aussicht, plante jedoch, nach vollständiger Umsetzung der verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (z.B. Hygienemanagement, Fehlermeldesysteme) wichtige Prozesse zu analysieren und dafür entsprechende Standards festzulegen.

(3) Im LKH Tamsweg war keine Zertifizierung geplant.

(4) Im KH BBR Salzburg stand eine Zertifizierung nach einem in österreichischen Ordenskrankenhäusern üblichen System in Vorbereitung.

(5) Das KH Oberndorf bereitete eine Zertifizierung nach internationalen Standards vor.

⁴² Standards oder Normen stellen eine Form von privaten Regeln dar, denen als Maßnahmen der Selbstverpflichtung keine Rechtsverbindlichkeit zukommt. Sie können aber dann rechtsverbindlich werden, wenn sie der Gesetzgeber im Wortlaut inkorporiert oder zumindest explizit darauf verweist.



Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

17.2 Der RH hielt fest, dass einzig die krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben und die Strukturqualitätskriterien des ÖSG als Maßstab für die Beurteilung der Erfüllung der Qualitätssicherungskriterien heranzuziehen waren. Zertifizierungen waren als Nachweis der Erfüllung dieser Verpflichtungen nicht ausreichend.

Aus Sicht des RH war es zwar durch Zertifizierungsverfahren möglich, bestimmte Prozessabläufe besser zu planen oder strukturelle Schwachstellen in der Qualitätsarbeit zu identifizieren, eine Verbesserung der Ergebnisqualität ging damit aber nicht zwangsläufig einher. Insbesondere wurden Parameter, wie Fallzahlen je Arzt, Sterberaten, Komplikationsraten oder Anzahl der verwendeten Blutkonserven je Operation, in den Zertifizierungsverfahren nicht thematisiert.

17.3 Das BMG pflichtete dem RH bei. In den Gremien der Bundesgesundheitsagentur habe man sich daher darauf verständigt, die Entscheidung, ob Zertifizierungen angestrebt werden, weiterhin den Leistungserbringern zu überlassen. Es sei daher nicht beabsichtigt und werde auch nicht als zielführend angesehen, bei der derzeitigen Vielfalt von Zertifizierungssystemen und -verfahren inhaltliche Vorgaben zu machen.

Im Übrigen stelle das BMG gegenüber zertifizierenden Institutionen und Krankenanstalten, die sich entsprechenden Zertifizierungsprozessen unterziehen, stets klar, dass bei Zertifizierungen jedenfalls die Vorgaben aus geltenden Rechtsvorschriften und die Festlegungen im ÖSG zu berücksichtigen seien.

WHO-Checkliste

18.1 Die WHO fasste im Oktober 2004 eine Resolution, die die Mitgliedstaaten aufforderte, der Patientensicherheit große Aufmerksamkeit zu widmen und die Entwicklung von Standards im Bereich der Patientensicherheit zu unterstützen.

In diesem Rahmen erarbeiteten Experten, Ärzte und Patienten eine OP-Checkliste (z.B. Patientenidentität, Operationsfeld, Beatmungsrisiken). Ziel war es, Sicherheitsstandards in Erinnerung zu rufen sowie Kommunikation und Teamwork im OP zu verbessern. Die Checkliste sollte einfach zu handhaben, für möglichst alle Operationen anwendbar und messbar sein.

In einer Studie⁴³, die in acht Krankenanstalten in acht Staaten durchgeführt wurde, konnte nachgewiesen werden, dass durch die Einfüh-

⁴³ A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, New England Journal of Medicine 2009; 360:491–9



Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

rung der OP–Checkliste die Todesrate von 1,5 % auf 0,8 % gesenkt werden konnte. Der Anteil der Komplikationen sank von 11 % auf 7 %.

Alle fünf überprüften Krankenanstalten verwendeten angepasste Versionen der OP–Checkliste der WHO.

18.2 Der RH hob die Einführung der empirisch bestätigten OP–Checkliste der WHO in den überprüften Krankenanstalten positiv hervor.

Tumorboard

19.1 Der ÖSG 2010 enthält detaillierte Vorgaben für den Fachbereich Onkologie. Danach kann die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung und Betreuung von Krebskranken einer definierten Versorgungsregion entweder durch ein Onkologisches Zentrum (ONKZ) als der höchsten Versorgungsstufe, durch einen Onkologischen Schwerpunkt (ONKS) oder einer assoziierten onkologischen Versorgung (ONKA) erfolgen. Bedingung für die Einrichtung eines Onkologischen Schwerpunkts oder assoziierten onkologischen Versorgung ist eine institutionalisierte Kooperation mit einem Onkologischen Zentrum, im Falle der assoziierten onkologischen Versorgung und/oder mit einem Onkologischen Schwerpunkt.

Laut RSG ist in der Versorgungsregion 51⁴⁴ „Salzburg–Nord“ das LKH Salzburg als onkologisches Zentrum klassifiziert. Kennzeichen dieser Versorgungsstufe ist die onkologische Forschung und Ausbildung sowie die Betreuung seltener onkologischer Erkrankungen oder solcher Krebskrankheiten, die mit hohem diagnostischem oder therapeutischem Aufwand verbunden sind.

In der Versorgungsregion 52⁴⁵ „Pinzgau–Pongau–Lungau“ ist das KH Schwarzach als onkologischer Schwerpunkt eingestuft; es dient als Koordinationsstelle für die onkologische Versorgung innerhalb der Region und ist für die Koordination mit den dortigen Krankenanstalten und niedergelassenen Ärzten zuständig.

Für die qualitätssichernde Abwicklung von an Krebs erkrankten Patienten sollte gemäß ÖSG in jedem Onkologischen Schwerpunkt und jedem Onkologischen Zentrum ein Tumorboard eingerichtet sein. Damit sollen auf interdisziplinärem Wege – im Sinne einer verpflichtenden konsiliarärztlichen Kooperation – die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Schritte im Zusammenhang mit bösartigen

⁴⁴ Von den fünf überprüften Krankenanstalten gehörten das KH BBR Salzburg und das KH Oberndorf der Versorgungsregion 51 an.

⁴⁵ Der Versorgungsregion 52 gehörten drei der fünf überprüften Krankenanstalten an: das KH Zell am See, das LKH Mittersill und das LKH Tamsweg.



Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

Erkrankungen besprochen und festgelegt werden. Gemäß den im ÖSG vorgesehenen Versorgungsstrukturen bedarf es geregelter Verfahrensabläufe für die Therapiebesprechungen im Tumorboard.

(1) Das KH Zell am See führte Chemotherapien durch; es verfügte über ein Tumorboard, für das allerdings keine Standard Operating Procedures (SOP) vorlagen. Die Therapien erfolgten in Abstimmung mit der Inneren Medizin III des LKH Salzburg.

(2) Im LKH Mittersill wurden onkologische Behandlungen im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung mit der Inneren Medizin III des LKH Salzburg durchgeführt. In der Regel wurden die Patienten im LKH Salzburg behandelt.

(3) Im LKH Tamsweg bestand für die Behandlung von Tumorpatienten keine Kooperationsvereinbarung. Das LKH Tamsweg trachtete jedoch danach, alle Patienten in das LKH Salzburg zur Therapie zu überweisen. Allerdings führte im Jahr 2011 der Leiter der Internen Abteilung acht chemotherapeutische Behandlungen auf ausdrücklichen Patientenwunsch durch.

(4) Das KH BBR Salzburg verfügte über ein Tumorboard und arbeitete im Rahmen einer Geschäftsordnung mit der Inneren Medizin III des LKH Salzburg zusammen.

(5) Das KH Oberndorf führte keine Chemotherapien durch und überwies alle Patienten an das LKH Salzburg.

19.2 Der RH hielt im Interesse der Sicherstellung der Patientenbehandlungsqualität eine standardisierte Vorgangsweise bei der Krebsbehandlung für unerlässlich. Er empfahl dem KH Zell am See und dem LKH Tamsweg, für die bestmögliche Weiterbehandlung der Patienten SOP auszuarbeiten, welche die weiteren Behandlungsschritte in Zusammenarbeit mit onkologischen Zentren festlegen bzw. die Transferierung an diese Zentren regeln.

19.3 *Die Stadtgemeinde Zell am See führte aus, dass das KH Zell am See über ein Tumorboard in Abstimmung mit dem LKH Salzburg verfüge. Zwischen dem KH Zell am See und dem LKH Salzburg sei vertraglich festgelegt, dass alle Tumorpatienten des KH Zell am See der von der Med. III – Onkologie des LKH Salzburg für Zell am See zugeteilten Fachärztin vorgestellt werden und die Abläufe im Tumorboard in der gleichen Weise zu erfolgen haben wie im LKH Salzburg. Dazu lägen auch entsprechende Protokolle des Tumorboards auf.*



Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

Hinsichtlich des LKH Tamsweg bestehe laut Stellungnahme des Landes Salzburg für die Behandlung von Tumorpatienten eine Kooperation mit den Salzburger Landeskliniken; eine schriftliche Vereinbarung sei in Ausarbeitung.

Der Konvent der Barmherzigen Brüder ergänzte in seiner Stellungnahme, dass neben dem LKH Salzburg (Innere Medizin III) auch das KH BBR Wien und das KH BBR St. Veit im onkologischen Tumorboard des KH BBR Salzburg vertreten seien.

19.4 Der RH betonte in diesem Zusammenhang gegenüber dem Land Salzburg, der Stadtgemeinde Zell am See und dem Konvent der Barmherzigen Brüder die Festlegungen des ÖSG, wonach der Krankenanstalträge unter Berücksichtigung der definierten Qualitätskriterien und der Behandlungssicherheit festzulegen hat, welche Abteilung für welche onkologischen Leistungen zuständig und verantwortlich ist.

Bei der assoziierten Onkologischen Versorgung haben die Erbringung von Therapie und die Übernahme weiterer Leistungen in Abstimmung mit dem kooperierenden Onkologischen Schwerpunkt und/oder Onkologischen Zentrum zu erfolgen; die Zusammenarbeit mit dem Tumorboard des kooperierenden Schwerpunkts und/oder Zentrums war zu institutionalisieren.

Weiters wies der RH gegenüber der Stadtgemeinde Zell am See und dem Konvent der Barmherzigen Brüder darauf hin, dass der ÖSG die Einrichtung von interdisziplinären Tumorboards an Onkologischen Schwerpunkten sowie Zentren vorsah. Darüber hinaus hob er die im ÖSG festgelegte Zusammensetzung von Tumorboards (insbesondere Vertreter der Pathologie, Radiologie, Radioonkologie, Hämato-Onkologie und des Organfachs) ausdrücklich hervor und hielt fest, dass laut ÖSG jede Person mit einer malignen Neuerkrankung in einem solchen interdisziplinären Tumorboard anzumelden war; zuständig war zunächst jene Abteilung, die den Patienten dem Tumorboard vorstellt.

Aus Sicht des RH bedürfen die genannten Vorgaben des ÖSG vor allem im Sinne der Patientenbehandlungsqualität einer umfassenden schriftlichen Festlegung bzw. Vereinbarung.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Kennzahlen

20.1 Vor dem Hintergrund des nunmehr gesetzlich verpflichtenden Charakters des ÖSG⁴⁶ beurteilte der RH in den fünf überprüften Krankenanstalten die Einhaltung der fachbezogenen und leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien anhand ausgewählter Eingriffe. In Abstimmung mit den überprüften Krankenanstalten zog der RH folgende OP-Leistungen für einen Qualitätsvergleich heran:

Tabelle 15: Ausgewählte Eingriffe

Fachrichtung	Eingriffsart	Mindestfallzahl
HNO	Mandel- und Nasenpolypenentfernung (Adeno-, Tonsillo- und Tonsillektomien)	keine
Chirurgie	Bauchchirurgie: OP Bauchspeicheldrüse (Pankreatektomien)	10
	OP Dickdarm (Colonresektionen)	keine
	OP Blinddarm (Appendektomie)	keine
	OP Schilddrüse (Thyreoidektomien)	30
	OP Gallenblase (Cholezystektomie)	keine
Gynäkologie/Geburtshilfe	Kaiserschnittgeburt (Entbindung durch Sectio caesarea)	365 (Geburten insgesamt)
	Brustkrebsoperationen	30
Orthopädie/Unfallchirurgie	Arthroskopien	jeweils 100 (Abteilung) bzw. 50 (Fachschwerpunkt oder Department)
	Knieendoprothetik	
	Hüftendoprothetik	

Quelle: ÖSG 2010

In Absprache mit dem BMG, dem Bundesinstitut und den überprüften Krankenanstalten erhob der RH u.a. folgende wesentliche Parameter: Anzahl der durchgeführten Eingriffe (je Abteilung bzw. je Arzt), durchschnittliche Operationszeit sowie durchschnittliche Verweildauer auf der Betten- bzw. auf der Intensivstation.

⁴⁶ Aufgrund seines Charakters als „Sachverständigengutachten“ wird der ÖSG in Hinkunft von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen sein.



Die Detailergebnisse der Erhebungen für das Jahr 2011 sind den Tabellen im Anhang zu entnehmen (für das LKH Mittersill lagen nur Halbjahresdaten vor).

20.2 Der RH stellte fest, dass bei einigen Leistungen die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Abteilung unter den vom ÖSG geforderten Mindestwerten lag (siehe dazu TZ 21).

Unabhängig davon, betrachtete der RH die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Arzt. Dies ergab, dass 2011 in mehreren Fällen nur wenige Eingriffe je Arzt durchgeführt wurden, wie das Beispiel laparoskopische Appendektomie (Entfernung des Blinddarms) zeigte (siehe auch Anhang 3):⁴⁷

(1) Im KH Zell am See gab es insgesamt zwei solcher Eingriffe, die von verschiedenen Ärzten durchgeführt wurden. Zu Ausbildungszwecken erfolgten wesentlich mehr offene Appendektomien (99).

(2) Im LKH Mittersill gab es insgesamt 13 laparoskopische Appendektomien⁴⁸, die von fünf Ärzten durchgeführt wurden, wobei ein Arzt nur einen Eingriff vornahm. Weiters erfolgten 15 offene Appendektomien.

(3) Im LKH Tamsweg nahmen zwei Ärzte insgesamt acht laparoskopische Appendektomien vor, wovon ein Arzt drei und der andere fünf Eingriffe vollzog. Wie im KH Zell am See erfolgten auch hier wesentlich mehr offene Appendektomien (54).

(4) Im KH BBR Salzburg erfolgten 76 laparoskopische Appendektomien durch elf Ärzte, wovon zwei Assistenzärzte jeweils einen Eingriff vornahmen. Ferner wurden 14 Appendektomien offen durchgeführt.

(5) Im KH Oberndorf erfolgten 28 solche laparoskopische Eingriffe durch vier Ärzte, wobei zwei Ärzte jeweils einen Eingriff durchführten. Hier gab es darüber hinaus 31 offene Appendektomien.

Bei den durchschnittlichen Operationszeiten, die der RH anhand der sogenannten Schnitt-Naht-Zeiten beurteilte, zeigten sich große Streubreiten. Die Durchschnittszeiten waren daher wenig aussagekräftig. Beispielsweise betragen die Operationszeiten bei der laparoskopischen Appendektomie im KH Zell am See durchschnittlich 56 Minuten, im LKH Mit-

⁴⁷ Neben den Cholezystektomien war die Appendektomie die einzige Leistung, die in allen fünf Krankenanstalten erbracht wurde. In vielen Fällen führte ein in Ausbildung befindlicher Arzt selbstständig die Operation unter Supervision eines Facharztkollegen durch.

⁴⁸ Daten betreffen das vierte Quartal 2011 und das erste Quartal 2012

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

tersill 67 Minuten, im LKH Tamsweg 33 Minuten, im KH BBR Salzburg 48 Minuten und im KH Oberndorf 63 Minuten. Die Bandbreite zwischen der minimalen und der maximalen Schnitt-Naht-Zeit lag zwischen elf (KH BBR Salzburg) und 245 Minuten (KH Oberndorf). Die Begründungen für überdurchschnittlich lange Operationszeiten waren aus Sicht des RH nachvollziehbar und betrafen in der Regel Einzelfälle im Rahmen anderer, z.B. gynäkologischer Eingriffe, oder solche mit komplexen onkologischen Operationen.

Auch bei der durchschnittlichen Verweildauer (3,9 Tage bis 8,5 Tage) sowie bei der Verweildauer in der Intensivstation (0 Tage bis 5,2 Tage) stellte der RH große Streubreiten fest, die in der Regel Einzelfälle betrafen und Folgen medizinisch komplexer Eingriffe waren.

20.3 Das Land Salzburg wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass Mindestfrequenzen im ÖSG in der Leistungsmatrix zwar ausgeführt seien, verbindliche Richtwerte jedoch nur für Ösophaguschirurgie und Eingriffe am Pankreas mit entsprechenden Überleitungsfristen Ende 2014 bzw. Ende 2013 beständen. Für das Jahr 2012 und auch die Vorjahre habe somit keine verbindliche Festlegung von Mindestfrequenzen bestanden, so dass für die oben zitierten Krankenanstalten keine Überschreitung von ÖSG-Vorgaben vorläge.

Auch die Stadtgemeinde Zell am See wies darauf hin, dass es laut Leistungsmatrix im ÖSG 2012 erst bei zwei Leistungen (Eingriffe am Pankreas und Ösophaguschirurgie) verbindliche Mindestfrequenzen mit entsprechenden Übergangsfristen gebe. Gerade die im ÖSG 2012 gegenüber dem ÖSG 2010 vorgenommenen Abänderungen der Mindestfrequenzen sprächen klar dafür, dass es sich ansonsten noch nicht um eine verbindliche Vorgabe, sondern um noch weiter zu evaluierende Vorschläge handle, die in weiterer Folge mit entsprechender Übergangsfrist in Kraft gesetzt würden.

Zur Appendektomie führte die Stadtgemeinde Zell am See aus, dass diese im KH Zell am See prinzipiell offen durchgeführt werde, weil dieser Eingriff als Lehr- und Ausbildungseingriff für Jungassistenten gelte. Die beiden laparoskopischen Eingriffe seien nicht per se, sondern im Zusammenhang mit einem gynäkologischen Eingriff vorgenommen worden, weshalb die durchschnittliche Berechnung der Operationszeit nicht aussagekräftig sei.



Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

20.4 Dem Land Salzburg und der Stadtgemeinde Zell am See entgegnete der RH, dass der ÖSG aufgrund seines Charakters als „Sachverständigengutachten“ im Sinne des § 59j KAKuG einerseits von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze und der sanitären Aufsicht sowie andererseits von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen war. Aus Sicht des RH waren daher auch die darin empfohlenen Mindestfrequenzen als Grundlage für die Leistungsangebotsplanung heranzuziehen, was im Fall des KH Zell am See trotz bereits im Jahr 2005 vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Endbericht zum Projekt „Regionaler Strukturplan Gesundheit Salzburg 2010“ ergangener Hinweise nicht geschehen war.

Leistungsbezogene
Strukturqualitäts-
kriterien

21.1 (1) Bei den vom RH ausgewählten Eingriffen konnte das KH Zell am See die im ÖSG enthaltenen leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien mehrfach nicht erfüllen.

Zum einen wurde bei keinem der überprüften Eingriffe die in der Leistungsmatrix geforderte Mindestfrequenz erreicht. Besonders deutlich fiel die Diskrepanz zwischen Fallzahl und Mindestfrequenz bei den Schilddrüsen-, den Knie- und den Brustkrebsoperationen aus. Bei diesen Eingriffen erreichte das KH Zell am See die Mindestfrequenz im mehrjährigen Durchschnitt nur zu rund zehn Prozent. Darauf hatte das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen bereits 2005 im Endbericht zum Projekt „Regionaler Strukturplan Gesundheit Salzburg 2010“ hingewiesen.⁴⁹

⁴⁹ siehe Tabelle 3b Berechtigungsmatrix für die Krankenanstalten der Versorgungsregion 52 „Pinzgau-Pongau-Lungau“ im Anhang zum Endbericht RSG Salzburg 2010

**Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe**

Tabelle 16: Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im KH Zell am See 2009 bis 2011

	2009	2010	2011	Durchschnitt 2009 bis 2011	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl				
Pankreatektomien	6	6	2	4,7	10
Entbindungen	289	362	360	337,0	365
Thyreoidektomien	2	1	5	2,7	30
Hüftendoprothetik	29	44	36	36,3	100
Knieendoprothetik	10	14	11	11,7	100
Brustkrebsoperationen	2	4	4	3,3	30

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KH Zell am See; RH

Zum anderen bestand am Standort Zell am See keine Möglichkeit einer intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts bzw. auch keine telepathologische Versorgung durch eine andere Krankenanstalt, obwohl dies laut ÖSG für zahlreiche im KH Zell am See durchgeführte Eingriffe erforderlich war. Eine entsprechende Kooperation mit dem KH Schwarzenbach war zwar geplant, aber noch nicht umgesetzt.

Tabelle 17: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im KH Zell am See 2011

	2011	Mindest- frequenz ¹
		Anzahl
Pankreatektomien	2	10
Thyreoidektomien	5	30
Brustkrebsoperationen	4	30
Gallengangsrevision offen	10	keine
Resektion Hemikolon (rechts/links, offen/laparoskopisch, mit/ohne primäre Anastomose)	45	keine

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KH Zell am See; RH



Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen in
Salzburger Krankenanstalten

(2) Im LKH Mittersill lag die Zahl der an der Abteilung für Chirurgie jährlich durchgeführten Thyreoidektomien (totale oder teilweise Entfernung der Schilddrüse) im mehrjährigen Durchschnitt bei 2,7. Die im ÖSG vorgesehene Mindestfrequenz von 30 war damit nur zu rund zehn Prozent erreicht.

Tabelle 18: Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im LKH Mittersill 2009 bis 2011

	2009	2010	2011	Durchschnitt 2009 bis 2011	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl				
Thyreoidektomien	3	3	2	2,7	30

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: LKH Mittersill; RH

Darüber hinaus fehlte dem LKH Mittersill für einige Eingriffe auch die im ÖSG geforderte eigene Histopathologie (bzw. eine telepathologische Kooperation).

Tabelle 19: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im LKH Mittersill 2011

	2011	Mindest- frequenz ¹
		Anzahl
Thyreoidektomien	2	30
Resektion Hemikolon (rechts/links, offen, mit/ohne primäre Anastomose)	7	keine

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: LKH Mittersill; RH

(3) Im LKH Tamsweg lagen die Zahlen der jährlich an der Abteilung für Unfallchirurgie durchgeführten endoprothetischen Eingriffe an Knie und Hüfte unter den im ÖSG festgelegten Mindestfrequenzen.

Auch die für Geburten vorgegebenen Mindestfrequenzen wurden nicht erreicht. Hinsichtlich der Geburtshilfe handelte es sich beim Standort Tamsweg allerdings um einen im ÖSG vorgesehenen Ausnahmefall, an dem aufgrund der Lage in einer peripheren Region mit geringerer Besiedlungsdichte und unzureichender Erreichbarkeit von anderen



**Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe**

Krankenanstalten trotz Geburtenzahlen unter 365 pro Jahr eine reduzierte Grundversorgung am Standort aufrechtzuerhalten war.

Tabelle 20: Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im LKH Tamsweg 2009 bis 2011

	2009	2010	2011	Durchschnitt 2009 bis 2011	Mindestfrequenz ¹
Anzahl					
Knieendoprothetik	35	48	40	41,0	100
Hüftendoprothetik	68	89	60	72,3	100
Entbindungen	193	214	181	196,0	365

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: LKH Tamsweg; RH

Darüber hinaus fehlte dem LKH Tamsweg die für die Eingriffe am Hemikolon erforderliche eigene Histopathologie (bzw. eine telepathologische Kooperation).

Tabelle 21: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im LKH Tamsweg 2011

	2011	Mindest- frequenz ¹
	Anzahl	
Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose (offen/laparoskopisch)	4	keine

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: LKH Tamsweg; RH

(4) Das KH BBR Salzburg erreichte bezüglich der vom RH ausgewählten Eingriffe zwar die im ÖSG geforderten Mindestfrequenzen, erfüllte aber die für zahlreiche Leistungen geforderte Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts nicht.



Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen in
Salzburger Krankenanstalten

Tabelle 22: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im KH BBR Salzburg 2011

	2011	Mindest- frequenz ¹
		Anzahl
Pankreatektomien	18	10
Thyreoidektomien	41	30
Brustkrebsoperationen	52	30
Gallengangsrevision offen	2	keine
Resektion Hemikolon (rechts/links, offen/laparoskopisch, mit/ohne primäre Anastomose)	94	keine

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KH BBR Salzburg; RH

(5) Im KH Oberndorf lag die Zahl der an der Abteilung für Chirurgie jährlich durchgeführten Pankreatektomien und Thyreoidektomien im mehrjährigen Durchschnitt bei 3,7 bzw. 4,3. Die im ÖSG dafür vorgesehenen Mindestfrequenzen von 10 bzw. 30 waren damit nur zu 37 % bzw. rd. 14 % erreicht.

Tabelle 23: Leistungen unterhalb der Mindestfrequenz im KH Oberndorf 2009 bis 2011

	2009	2010	2011	Durchschnitt 2009 bis 2011	Mindestfrequenz ¹
	Anzahl				
Pankreatektomien	1	3	7	3,7	10
Thyreoidektomien	5	2	6	4,3	30

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KH Oberndorf; RH

Auch dem KH Oberndorf fehlte für einige Eingriffe die im ÖSG geforderte eigene Histopathologie (bzw. eine telepathologische Kooperation).

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Tabelle 24: Eingriffe mit Erfordernis einer intraoperativen histopathologischen Befundung im KH Oberndorf 2011

	2011	Mindestfrequenz ¹
		Anzahl
Pankreatektomien	7	10
Thyreoidektomien	6	30
Gallengangsrevision offen	3	keine
Resektion Hemikolon (rechts/links, offen/laparoskopisch, mit/ohne primäre Anastomose)	27	keine

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: KH Oberndorf; RH

21.2 (1) Mit Ausnahme des KH BBR Salzburg hatten alle überprüften Krankenanstalten zumindest bei einzelnen Leistungen Schwierigkeiten, die im ÖSG angegebenen Mindestfrequenzen auch nur annähernd zu erreichen.

Besonders bedenklich war die Situation im KH Zell am See, das die in der Leistungsmatrix geforderten Mindestfrequenzen – mit einer einzigen Ausnahme (Entbindungen – 92 %) – für alle überprüften Eingriffe deutlich verfehlte. Der Erfüllungsgrad lag je nach Eingriff nur zwischen 9 % (Schilddrüsen) und 47 % (Pankreatektomien). Aufgrund derart niedriger Fallzahlen war die Erbringung dieser Leistungen am Standort Zell am See zu hinterfragen. Der RH empfahl daher der Stadtgemeinde Zell am See als Rechtsträger des KH Zell am See, im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien für die Einstellung insbesondere von Schilddrüsen- (Erfüllungsgrad 9 %), Knie- (12 %) und Brustkrebsoperationen (11 %) zu sorgen. Da im Jahr 2011 auch nur mehr zwei Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse vorgenommen wurden, empfahl er, auch diese Operation einzustellen.

Aus Sicht des RH waren diese Fallzahlen auch Ausdruck eines Defizits in der Leistungsangebotsplanung des Landes Salzburg. Obwohl die Problematik der Mindestfrequenzen – zumindest in Teilenbereichen wie jenem der Endoprothetik – bereits seit 2005 bekannt und im RSG sogar benannt worden war, hatte das Land keine entsprechenden Maßnahmen gesetzt. Insbesondere vor dem Hintergrund der nunmehr gesetzlich verankerten Bindungswirkung der Strukturqualitätskriterien des ÖSG sah der RH akuten Handlungsbedarf und empfahl dem Land Salzburg, das chirurgische und unfallchirurgische Leistungsangebot am



Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

Standort Zell am See zu evaluieren sowie bei der Neuerstellung des RSG auf eine Konformität mit den Strukturqualitätskriterien zu achten.

Im LKH Mittersill wurden Mindestfrequenzen nur bei Schilddrüsenoperationen unterschritten. Da im Jahr 2011 nur mehr zwei derartige Eingriffe vorgenommen wurden, empfahl der RH dem Land Salzburg als Rechtsträger des LKH Mittersill, diese Operation im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien einzustellen.

Das LKH Tamsweg erreichte die Mindestfrequenzen im Bereich der Endoprothetik bezüglich der Knieoperationen zu 41 %, bezüglich der Hüftoperationen zu 72 %. Da eine Neuübernahme der Abteilung für Unfallchirurgie erst im Februar 2012 erfolgt war, empfahl der RH dem Land Salzburg als Rechtsträger des LKH Tamsweg, die Entwicklung noch einige Zeit zu beobachten und die Situation danach zu evaluieren bzw. die erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

Das KH Oberndorf erreichte die Mindestfrequenzen für die Eingriffe am Pankreas und an der Schilddrüse nur zu 37 % bzw. zu 14 %. Hinsichtlich der Pankreasoperationen war eine Annährung an die Mindestfrequenz erkennbar (sieben im Jahr 2011). Der RH empfahl der Stadtgemeinde Oberndorf als Rechtsträger des KH Oberndorf, die Schilddrüsenoperationen einzustellen und die Frequenz der Pankreasoperationen zu beobachten.

(2) Hinsichtlich der im ÖSG für die Erbringung bestimmter Leistungen geforderten Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts bzw. einer telepathologischen Versorgung durch eine andere Krankenanstalt stellte der RH fest, dass in den überprüften Krankenanstalten weder die eine noch die andere Möglichkeit gegeben war.

Das KH Zell am See hatte zwar eine diesbezügliche (telepathologische) Kooperation mit dem KH Schwarzach geplant, aber noch nicht umgesetzt. Der RH empfahl daher dem KH Zell am See, auf die rasche Realisierung einer entsprechenden Zusammenarbeit hinzuwirken.

In den LKH Mittersill und Tamsweg wäre das Problem der fehlenden Möglichkeit einer intraoperativen histopathologischen Befundung bei den Hemikolonresektionen durch den Aufbau einer telepathologischen Mitversorgung durch das KH Schwarzach – so wie es das KH Zell am See anstrebte – bzw. durch das LKH Salzburg zu lösen.

Auch den KH BBR Salzburg und Oberndorf empfahl der RH, so rasch wie möglich mit einer anderen Krankenanstalt, wie bspw. dem LKH



Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Salzburg, eine Vereinbarung über eine telepathologische Versorgung abzuschließen.

21.3 Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Zell am See erwecke die Darstellungsform des RH einen missverständlichen Eindruck. Insbesondere sei der direkte Vergleich mit dem KH BBR Salzburg insofern irreführend und unzulässig, als dieses Krankenhaus mangels geburtshilflicher Abteilung und mangels einer Unfallchirurgie bzw. Orthopädie von vornherein nur die Hälfte der vom RH überprüften Leistungen erbringen könne.

Bezüglich der Pankreatektomien verwies die Stadtgemeinde Zell am See auf die Größe der Versorgungsregion und die Problematik der Erreichbarkeit. Die Umsetzung der Mindestfrequenzen für Pankreatektomien bedeute laut Mitteilung des Salzburger Gesundheitsfonds, dass in dieser gesamten Versorgungsregion keine derartige Leistung mehr erbracht werden dürfte – mit allen sich daraus ergebenden negativen Konsequenzen für die betroffenen Patienten. Aus diesem Grund sei keine Einstellung der Pankreatektomien geplant, vielmehr würden künftig aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit dem KH Schwarzach die in der Versorgungsregion 52 anfallenden Pankreatektomien im KH Zell am See konzentriert erbracht. Dies werde auch von der Landesgesundheitsplanung ausdrücklich begrüßt. Ab Jänner 2014 solle die verbindliche Mindestfrequenz bei Bauchspeicheldrüsen-Eingriffen jedenfalls erreicht bzw. übertroffen werden.

Hinsichtlich der Thyreoidektomien führte die Stadtgemeinde Zell am See aus, dass im KH Zell am See keine geplanten Schilddrüseneingriffe durchgeführt würden. Es bestehe eine klare Festlegung, solche Fälle an das KH Schwarzach zu verweisen bzw. zu transferieren. Die geringe Anzahl der codierten Thyreoidektomien weise deutlich darauf hin, dass diese Eingriffe lediglich im Rahmen einer anderen Grundkrankung (Metastasenchirurgie) mit durchgeführt würden; elektive Aufnahmen zur Schilddrüsen-OP würden nicht erfolgen.

Hinsichtlich der Entbindungen verwies die Stadtgemeinde Zell am See darauf, dass sich die seit 2009 steigenden Geburtszahlen im Jahr 2012 fortgesetzt hätten und die Anzahl der Entbindungen im KH Zell am See klar über der Mindestfrequenz liege.

Die in der Tabelle 16 bzw. den Anhängen 10 und 11 ausgewiesenen Zahlen seien laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Zell am See nicht stimmig. Außerdem sei die Darstellung insofern irreführend, als es sich z.B. bei der Hüftendoprothetik im Rahmen der unfallchirurgischen Abteilung vornehmlich um Akuteingriffe zur Versorgung



Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

von Schenkelhalsfrakturen handle und die empfohlenen Mindestfrequenzen diesbezüglich im Traumafall nicht zur Anwendung kämen. Die unfallchirurgische Abteilung habe im Jahr 2011 insgesamt 74 Schenkelhalsfrakturen versorgt, davon 24 mittels Teilendoprothese Hüfte, drei mit Totalendoprothese. Dazu kämen noch zehn Totalendoprothesen des Hüftgelenks bei Arthrose.

Zur geringen Anzahl an Brustkrebsoperationen führte die Stadtgemeinde Zell am See aus, dass prinzipiell keine „klassischen“ onkologischen Operationen durchgeführt würden, sondern nur in speziellen Fällen, in denen Patientinnen aus Senioren- bzw. Pflegeheimen in der Umgebung an das KH Zell am See überwiesen würden.

Schließlich erachtete die Stadtgemeinde Zell am See bei exakter präoperativer Abklärung eine intraoperative Gefrierschnittuntersuchung für weder sinnvoll noch hilfreich, zumal auch von Seite der Pathologen immer wieder auf die Unsicherheit der Aussage eines Gefrierschnitts hingewiesen werde. Trotzdem werde im Jahr 2013 im Rahmen der bereits angesprochenen Kooperation mit dem KH Schwarzach eine telepathologische Anbindung realisiert.

Das LKH Tamsweg habe laut Stellungnahme des Landes Salzburg bei endoprothetischen Eingriffen aufgrund des Primariatswechsels an der Abteilung für Unfallchirurgie im Jahr 2012 die Frequenzen in diesem Bereich deutlich erhöht. So seien bis Ende November 2012 bereits über 70 Knieoperationen und über 100 Hüftoperationen durchgeführt worden. Bezuglich der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts bzw. einer telepathologischen Versorgung habe das LKH Tamsweg ein erstes Gespräch mit dem KH Schwarzach bezüglich einer Zusammenarbeit geführt. Es bedürfe jedoch noch weiterer Abklärungen und der Erarbeitung eines Kooperationsprojekts.

Der Konvent der Barmherzigen Brüder hielt in seiner Stellungnahme fest, dass eine intraoperative Befundung in seinem Krankenhaus nicht möglich sei, jedoch durch Kooperation mit dem LKH Salzburg durchgeführt werde. Mit Jahresbeginn 2013 könne durch Vernetzung der Salzburger Krankenanstalten mittels Heelix (Bilderdatenaustausch; Kommunikationsplattform der Salzburger Krankenanstalten) auch eine telepathologische Versorgung angeboten werden.

Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Oberndorf würden die Schilddrüsenoperationen im KH Oberndorf bis auf weiteres eingestellt und die Frequenz der Pankreasoperationen weiterhin beobachtet werden. Weiters werde die telepathologische Versorgung im KH Oberndorf über die Datenplattform Heelix realisiert.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

21.4 Gegenüber der Stadtgemeinde Zell am See stellte der RH klar, dass seine Ausführungen keinen direkten Vergleich zwischen dem KH Zell am See und dem KH BBR Salzburg enthielten. Es wurden vielmehr ausgewählte Eingriffe der fünf überprüften Krankenanstalten – die alle ein unterschiedliches Leistungsspektrum aufwiesen – unter dem Gesichtspunkt der Erfüllung der leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien parallel betrachtet und die Ergebnisse dargestellt. Die für die Versorgungsregion 52 geplante Konzentration von Pankreatektomien im KH Zell am See sowie der Thyreoidektomien im KH Schwarzach beurteilte der RH positiv.

Bezüglich der im KH Zell am See durchgeführten Thyreoidektomien wies der RH darauf hin, dass selbst dann, wenn die Entfernung der Schilddrüse im Rahmen eines anderen Primäreingriffs (Metastasenchirurgie) erfolgt wäre, dafür im ÖSG keine Ausnahme von den empfohlenen Mindestfallzahlen vorgesehen war. Ebenso wenig galt eine solche Ausnahme für Brustkrebsoperationen, die an Patientinnen aus Senioren- bzw. Pflegeheimen in der Umgebung durchgeführt wurden.

Bezüglich der Hüftendoprothetik entgegnete der RH der Stadtgemeinde Zell am See, dass der ÖSG Mindestfrequenzen in der Regel für ein bestimmtes Bündel von medizinischen Einzelleistungen (MEL) vor sieht, die jeweils mit Kenn-Buchstaben gekennzeichnet sind. Da die MEL NBO10 Osteosynthese des Schenkelhalses nicht dem Bündel „Endoprothetik Hüfte“ (gekennzeichnet mit „s“), sondern dem Bündel „Eingriffe an Becken/Hüfte/Oberschenkel“ (gekennzeichnet mit „x“) zugeordnet war, konnte der RH diese Leistungen in seiner Auswertung nicht berücksichtigen.

Hinsichtlich der Notwendigkeit intraoperativer histologischer Untersuchungen verwies der RH auf seine Gegenäußerung zu TZ 20.

Fachbezogene Strukturqualitätskriterien
Orthopädie/Unfallchirurgie – KH BBR
Salzburg

22.1 Laut ÖSG hat die orthopädische und unfallchirurgische Versorgung grundsätzlich im Rahmen einer entsprechenden Fachabteilung zu erfolgen. In begründeten Ausnahmefällen (z.B. zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen) war dies auch im Rahmen einer reduzierten Organisationsform (Fachschwerpunkt Orthopädie, Satellitendepartment Unfallchirurgie) zulässig, sofern es in der regionalen Detailplanung des jeweiligen Bundeslandes vorgesehen war. Beides war im KH BBR Salzburg nicht gegeben.



Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

Dennoch wurden im Rahmen der chirurgischen Abteilung im Jahr 2011 77 Arthroskopien und andere orthopädische bzw. unfallchirurgische Eingriffe von zwei externen Fachärzten durchgeführt. Mit beiden hatte das Krankenhaus Werkverträge über eine Tätigkeit als Konsiliararzt abgeschlossen.

Die Möglichkeit der Krankenanstalt, einen Konsiliararzt⁵⁰ beizuziehen, war nur für den Fall vorgesehen, dass Patienten mit einer fachgebietsübergreifenden Erkrankung von den zur Behandlung der primären Erkrankung zuständigen Ärzten der entsprechenden Fachabteilung nicht in ausreichendem Ausmaß versorgt werden können. Eine Erweiterung des ständigen Leistungsangebots einer Krankenanstalt durch die Tätigkeit von Konsiliarärzten war von dieser Möglichkeit jedoch nicht gedeckt.⁵¹ Bei den von den externen Fachärzten im KH BBR Salzburg vorgenommenen Arthroskopien handelte es sich fast ausschließlich um elektive Behandlungen.

Dennoch wurde die Erbringung dieser Leistungen im KH BBR Salzburg seitens des Landes über Jahre hinweg stillschweigend geduldet und vom Salzburger Gesundheitsfonds im Rahmen des LKF-Systems vergütet. Die Einnahmen aus den orthopädischen Leistungen betrugen im Jahr 2011 rd. 202.600 EUR.

- 22.2** Der RH stellte fest, dass im KH BBR Salzburg ohne Deckung in der Versorgungsplanung elektive orthopädische und unfallchirurgische Leistungen von externen Fachärzten erbracht wurden. Letztere wurden in den mit dem Rechtsträger der Krankenanstalt geschlossenen Verträgen zwar als Konsiliarärzte bezeichnet, sie waren jedoch de facto als Belegärzte⁵² tätig. Den Rechtsträger des KH BBR Salzburg wies der RH darauf hin, dass eine nicht den Strukturqualitätskriterien des ÖSG ent-

⁵⁰ Von einem Konsilium wird dann gesprochen, „wenn ein erstbehandelnder Mediziner aus Diagnosegründen, zur Festlegung der operativen Vorgangsweise, zu Therapiezwecken oder dergleichen“ einen anderen Kollegen hinzuzieht, den man dann als Konsiliararzt bezeichnet. P. Steiner, Zur inhaltlichen Unterscheidung zwischen Belegarzt und Konsiliararzt, RdM 1998, S. 70.

⁵¹ vgl. Aigner, Die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser, in: Jabornegg/Resch/Sewald (Hrsg.), Planung und Finanzierung der Krankenhausbehandlung, S. 46; Kopetzki, Krankenanstaltenrecht, in: Holoubek/Potacs (Hrsg.), Handbuch Wirtschaftsrecht, 2. Auflage, Band I, S. 491

⁵² Ein Belegarzt ist ein nicht im Krankenhaus angestellter Arzt, der zumeist mittels Werkvertrag auswärtige Patienten im Krankenhaus behandelt.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

sprechende Behandlung aufgrund der neuen Rechtslage unter Umständen Haftungsansprüche zur Folge haben kann.⁵³

Der RH merkte in diesem Zusammenhang an, dass die Vergütung der erbrachten orthopädischen und unfallchirurgischen Leistungen durch den Salzburger Gesundheitsfonds für das KH BBR Salzburg einen erheblichen Anreiz für dieses Verhalten darstellte, weil die zusätzlichen Einnahmen dem Rechtsträger halfen, seinen Betriebsabgang zu reduzieren. Der RH wies – wie im vorangegangenen Prüfungsergebnis zur themengleichen Gebarungsüberprüfung Reihe Bund 2012/12 und Salzburg 2012/9 – auf den Widerspruch zwischen den im Rahmen der Versorgungsplanung festgelegten Strukturqualitätskriterien und dem LKF-Abgeltungssystem hin.

Der RH beanstandete ferner, dass die Salzburger Landesregierung diese Erweiterung des Leistungsangebots des KH BBR Salzburg über Jahre hinweg stillschweigend duldet und damit ihren aufsichtsbehördlichen Pflichten nur unzureichend nachgekommen war.

Der RH empfahl dem Konvent der Barmherzigen Brüder als Rechtsträger der Krankenanstalt, eine Bereinigung des Leistungsangebots im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien des ÖSG vorzunehmen und damit einen rechtskonformen Zustand herzustellen.

22.3 Laut Stellungnahme des Landes Salzburg würden sich die beiden Sonderfächer Orthopädie und plastische Chirurgie in der Ärzte-Ausbildungsordnung überschneiden und würden in jedem Sonderfach wechselseitig Ausbildungen in einem der beiden Fächer für das andere Sonderfach angerechnet. Daher seien auch in der Leistungsmatrix des KDok identische Leistungsbündel für diese beiden Fächer festgelegt.

Da das Sonderfach Plastische Chirurgie in der Verordnung über den Salzburger Krankenanstalten- und Großgeräteplan im KH BBR Salzburg ausgewiesen sei, seien orthopädische Leistungen, die auch dem Fachgebiet der Plastischen Chirurgie zugeordnet seien, zulässig. Jene Leistungen, die ausschließlich dem Sonderfach Orthopädie und orthopädische Chirurgie zuzuordnen seien, seien im Sommer 2012 eingestellt worden.

Bezüglich der zu Unrecht erfolgten Auszahlungen hielt das Land Salzburg weiters fest, dass der Salzburger Gesundheitsfonds durch den Einsatz von entsprechenden Programmmodulen als auch Zufallsstichpro-

⁵³ Gemäß §§ 8 Abs. 2 i.V.m. 59j KAKuG waren Patienten in Hinkunft den Strukturqualitätskriterien des ÖSG entsprechend zu behandeln.



ben und weiteren individuellen Einzelprüfungen durch Ärzte bemüht sei, nur zulässige Leistungen im Sinne des LKF-Modells bzw. des ÖSG bzw. der Festlegung der medizinischen Aufgabengebiete abzurechnen.

Der Konvent der Barmherzigen Brüder teilte in seiner Stellungnahme mit, dass im KH BBR Salzburg seit Juli 2012 keine elektiven orthopädischen Leistungen erbracht würden.

Strukturqualitätskriterien für Fachschwerpunkte

- 23.1 In den Fachrichtungen Augenheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO), Urologie, Orthopädie sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie können Leistungen in begründeten Ausnahmefällen (z.B. zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung) abgesehen von einer Fachabteilung auch im Rahmen der reduzierten (acht bis 14 Betten) Organisationsform „Fachschwerpunkt“ erbracht werden, sofern dies in der regionalen Detailplanung (RSG) des Bundeslandes vorgesehen ist.

In drei der fünf überprüften Krankenanstalten waren solche Fachschwerpunkte eingerichtet: im KH Zell am See ein Fachschwerpunkt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, im LKH Mittersill ein Fachschwerpunkt für Orthopädie und im KH BBR Salzburg ein Fachschwerpunkt für Urologie.

Der ÖSG sieht für einen Fachschwerpunkt „die Anbindung an eine Fachabteilung derselben Fachrichtung außerhalb der Krankenanstalt“ vor. In § 33 Abs. 1 SKAG ist darüber hinaus festgelegt, dass bei der Führung von Fachschwerpunkten eine bettenführende Abteilung des selben Sonderfachs einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden ist.

(1) Patronanzabteilung des HNO-Fachschwerpunkts im KH Zell am See war die Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten am LKH Salzburg. Die Zusammenarbeit basierte nur auf mündlichen Absprachen. Danach waren schwerwiegend Erkrankte an das LKH Salzburg zu transferieren, Patienten mit Krebserkrankungen mussten dem Tumorboard vorgestellt werden. Visitationen, ein formalisiertes Berichtswesen oder eine schriftliche Vereinbarung gab es nicht.

(2) Der Fachschwerpunkt für Orthopädie am LKH Mittersill war auf Basis einer schriftlichen Vereinbarung an die Abteilung für Orthopädie am KH Schwarzach angebunden. Schwierige orthopädische Fälle wurden nach telefonischer Beratung meist in der Ambulanz der Patronanzabteilung untersucht.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Gemäß der Vereinbarung übermittelte der Fachschwerpunktleiter regelmäßig Berichte u.a. mit Auswertungen über Komplikationen an den Leiter der Patronanzabteilung; dieser führte in regelmäßigen Abständen Visiten mit anschließender protokollierter Besprechung in Mittersill durch. Die Umsetzung von in diesem Zusammenhang seitens der Patronanzabteilung empfohlenen Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität war für das LKH Mittersill verpflichtend.⁵⁴

(3) Die Patronanz über den Fachschwerpunkt Urologie des KH BBR Salzburg hatte die Abteilung für Urologie und Andrologie des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Wien inne. Eine schriftliche Vereinbarung lag nicht vor. Beide Organisationseinheiten waren auf demselben Server vernetzt, so dass am Fachschwerpunkt in Salzburg über ein gemeinsames EDV-Informationssystem Formulare, Vordrucke, Patienteninformationen sowie Standards und Leitlinien der Patronanzabteilung abrufbar waren und damit nach einheitlichen Qualitätsvorgaben gearbeitet werden konnte.

Umgekehrt konnte die Patronanzabteilung für Auswertungen auf die im System dokumentierten Komplikationen zurückgreifen. Qualitätsrelevante Themen wurden in regelmäßigen Abständen zwischen Abteilungs- und Fachschwerpunktsleiter direkt besprochen. Visitationen fanden nicht statt. Um dem § 33 Abs. 1 letzter Satz SKAG Rechnung zu tragen, war für die Zukunft eine Teilnahme des Leiters der Patronanzabteilung an einer Sitzung der Qualitätssicherungskommission des KH BBR Salzburg pro Jahr geplant.

23.2 Die Anbindung der Fachschwerpunkte an entsprechende Patronanzabteilungen war in allen drei Krankenanstalten unterschiedlich gelöst. Dies war aus Sicht des RH auf die fehlenden Vorgaben durch die Salzburger Landesregierung zurückzuführen (siehe TZ 5).

Nach Ansicht des RH war die zwischen dem LKH Mittersill und dem KH Schwarzach getroffene Patronanz-Vereinbarung als Best Practice zu bewerten, weil darin alle für die Qualitätssicherung relevanten Punkte in nachvollziehbarer Form geregelt waren und so sichergestellt werden konnte, dass im Fachschwerpunkt nach denselben Maßstäben gearbeitet wurde wie in der Patronanzabteilung.

⁵⁴ In der Vereinbarung verpflichtete sich das LKH Mittersill darüber hinaus zur Führung einer Statistik sämtlicher schwerer Komplikationen, zur Dokumentation aller getroffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie zur Teilnahme der Ärzte des Fachschwerpunkts an Fort- und Weiterbildungsprogrammen im Fachbereich Orthopädie, die vom KH Schwarzach angeboten wurden.



Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

Dem KH Zell am See und dem KH BBR Salzburg empfahl der RH, im Sinne der Transparenz und der Klarstellung von Verantwortlichkeiten ebenfalls eine schriftliche Vereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen dem jeweiligen Fachschwerpunkt und der entsprechenden Patronanzabteilung zu schließen.

Dem Land Salzburg empfahl er, Kriterien für die Anbindung von Fachschwerpunkten an die entsprechenden Patronanzabteilungen in der zu erlassenden Verordnung über Maßnahmen der Qualitätssicherung zu formulieren, um ein einheitliches Qualitätsniveau im Bundesland Salzburg sicherzustellen.

23.3 *Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Zell am See habe sie mit dem KH Schwarzach Verhandlungen gestartet, um die HNO-Abteilung im KH Schwarzach als Patronanzabteilung für den HNO-Fachschwerpunkt im KH Zell am See zu installieren und dementsprechend einen Kooperationsvertrag (Patronanzvereinbarung) abzuschließen.*

Der Konvent der Barmherzigen Brüder erklärte in seiner Stellungnahme, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Einbeziehung der Abteilung für Urologie des KH BBR Wien vollzogen würden; eine schriftliche Abstimmung zwischen den beiden Abteilungsvorständen habe stattgefunden.

Verweildauern im OP

24.1 Die Verweildauer des Patienten im OP-Bereich stellt einen Qualitätsindikator für eine zweckmäßige OP-Organisation dar. Der RH verglich bei vier ausgewählten Behandlungen (Cholezystektomie, Appendektomie, Implantation einer Totalendoprothese Hüfte und Arthroskopie am Knie) in den überprüften Krankenanstalten jene Zeiten, in denen der Patient zwar im OP-Bereich eingeschleust war, aber nicht operiert wurde. In der Regel waren das die Zeiten zwischen Einschleusen und erstem Hautschnitt sowie letzter Naht und Ausschleusen.

**Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe**

Tabelle 25: Verweildauer im OP

KH/Eingriff	Cholezystektomie	Appendektomie	Implantation einer Totalendoprothese Hüfte	Arthroskopie am Knie
	in Minuten¹			
KH Zell am See	50	22	69	41
LKH Mittersill	48	45	73	78
LKH Tamsweg	34	25	59	Daten nicht verfügbar
KH BBR Salzburg	49	46	Leistung nicht erbracht	36
KH Oberndorf	60	34	71	45

¹ gewählt wurde der Mittelwert aus mehreren Eingriffen

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

24.2 Die Verweildauern im OP-Bereich (Zeitraum zwischen Ein- und Ausschleusen abzüglich Schnitt-Naht-Zeiten) bewegten sich in einer unauffälligen Bandbreite und waren organisatorisch bzw. patientenbezogen zu erklären. Ihre Größenordnung entsprach im Übrigen den Verweildauern im 2011 vom RH überprüften KH Schwarzach.⁵⁵

Wartezeiten im OP

25.1 Ein weiterer Qualitätsindikator für eine zweckmäßige OP-Organisation ist die Wartezeit für den Patienten zwischen der Einleitung der Narkose (Anästhesiebeginn) und dem Beginn der Operation, in der Regel der erste Hautschnitt.

Bei der vorangegangenen RH-Überprüfung des LKH Salzburg sowie der Krankenanstalten Schwarzach und Hallein im Herbst 2011 (Reihe Bund 2012/12, Reihe Salzburg 2012/9) hatte der RH festgestellt, dass OP-Organisationen zum Teil überdurchschnittlich lange Zeiten zwischen Anästhesiebeginn und erstem Hautschnitt aufwiesen. Der RH erhob deshalb diese Daten auch bei den nunmehr überprüften Krankenanstalten. Das LKH Tamsweg verfügte allerdings über keine auswertbaren Daten.

⁵⁵ 41/37/62/40 Minuten; das LKH Salzburg bildet mit langen Verweildauern eine Ausnahme; das KH Hallein hatte dazu keine Datenaufzeichnungen.



Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen in
Salzburger Krankenanstalten

Tabelle 26: Wartezeit zwischen Anästhesiebeginn und erstem Hautschnitt

	Minimum	Maximum	Mittelwert
	in Minuten		
Cholezystektomie (laparoskopisch und offen) Anästhesiebeginn bis Schnitt			
KH Zell am See ¹	18	63	35,3
LKH Mittersill	8	50	26,2
KH BBR Salzburg	3	186	19,3
KH Oberndorf	2	47	19,9
Appendektomie (laparoskopisch und offen) Anästhesiebeginn bis Schnitt			
KH Zell am See ¹	11	96	24,1
LKH Mittersill	11	58	27,0
KH BBR Salzburg	8	54	15,7
KH Oberndorf	5	40	13,4
Arthroskopische Operation des Kniegelenks Anästhesiebeginn bis Schnitt			
KH Zell am See ¹	12	81	26,9
LKH Mittersill	1	45	21,8
KH BBR Salzburg	7	31	15,1
KH Oberndorf	2	44	17,0
Totalendoprothese des Hüftgelenks Anästhesiebeginn bis Schnitt			
KH Zell am See ¹	36	75	53,4
LKH Mittersill	14	69	36,5
KH BBR Salzburg	Leistungen nicht erbracht		
KH Oberndorf	10	50	30,0

¹ höhere Minimalwerte und Mittelwerte resultieren aus der unterschiedlichen Zeiterfassung

Quellen: LKH Mittersill, KH Zell am See und Oberndorf, KH BBR Salzburg; RH

25.2 Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, wies das KH Zell am See im Unterschied zu den anderen drei Krankenanstalten höhere Minimalwerte und höhere Mittelwerte auf. Die Ursache lag nach Feststellung des RH in der Methode der Zeiterfassung, weil im KH Zell am See der „Beginn der Anästhesie“ auch die Vorbereitungszeit der Anästhesie vor Einleitung der Narkose mitumfasste. Zwischen „Beginn der Anästhesie“ und Narkoseeinleitung lagen zehn bis 20 Minuten, wodurch die obigen



Werte entsprechend kürzer wären. Die Unterschiede zwischen Minimal- und Maximalwerten waren auf patientenbezogene aufwendige Lagerungs- und erweiterte Anästhesiemaßnahmen zurückzuführen.

25.3 Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Zell am See seien die unterschiedlich definierten Messpunkte dadurch erklärbar, dass es keine einheitlichen, standardisierten Vorgaben für diese Messpunkte gebe.

Sonstige Feststellungen

Zeiterfassung im LKH Tamsweg

26.1 Aufgrund der geringen Auslastung einer Abteilung des LKH Tamsweg überprüfte der RH den Arbeitseinsatz und die Arbeitszeitaufzeichnungen der dort tätigen Ärzte. Er stellte in Bezug auf zwei Ärzte Unstimmigkeiten bei der Zeiterfassung fest, weshalb beide Ärzte von der kollegialen Führung des LKH Tamsweg bereits ermahnt worden waren.

26.2 Im Hinblick auf diese Unstimmigkeiten bei der Zeiterfassung der beiden Fachärzte verwies der RH auf die möglicherweise disziplinäre und strafrechtliche sowie gegebenenfalls zivilrechtliche Relevanz ihres Verhaltens.⁵⁶ Der RH empfahl daher dem Land Salzburg als Rechtsträger des LKH Tamsweg, das Verhalten der beiden Ärzte unter diesen Gesichtspunkten zu prüfen.

Aus den gegebenen Anlässen empfahl der RH dem LKH Tamsweg, der Dienstzeiterfassung sämtlicher Bediensteten erhöhtes Augenmerk zuzuwenden und die Einhaltung der Arbeitszeiten zu kontrollieren.

26.3 Laut Stellungnahme des Landes Salzburg sei die Dienstzeiterfassung aller Mitarbeiter im LKH Tamsweg seit Februar 2012 umgesetzt. Zusätzlich werde seitens der Führungskräfte täglich die Ist-Arbeitszeit im Hinblick auf Mehrleistungs- bzw. Überstunden im elektronischen Dienst erfassungssystem kontrolliert. Mehrleistungs- und Überstunden würden nur aufgrund entsprechender fachlicher Begründung freigegeben werden. Stichprobenartig werde seit Februar 2012 kontrolliert, ob die seitens der Mitarbeiter getätigten Buchungen im Dienstzeiterfassungssystem mit dem tatsächlichen Arbeitseinsatz übereinstimmen. Auf die vom RH empfohlene rechtliche Würdigung des Verhaltens der beiden Ärzte ging das Land Salzburg nicht ein.

⁵⁶ Der OGH wertet die Manipulation der Zeitkarten als Entlassungsgrund, etwa in 8 ObA 92/99h mwN.



Sonstige Feststellungen

BMG

Qualitätssicherungsmaßnahmen in Salzburger Krankenanstalten

26.4 Die Maßnahmen betreffend die Dienstzeiterfassung im LKH Tamsweg sah der RH positiv. Über das Verhalten der beiden Ärzte setzte der RH die Staatsanwaltschaft Salzburg in Kenntnis.

Obduktionen

27.1 Nach dem SKAG⁵⁷ sind in Krankenanstalten verstorbene Patienten zu obduzieren, wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder strafprozessual angeordnet worden ist oder der Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen dient (insbesondere wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffs). Ansonsten darf eine Obduktion nur bei Vorliegen der Zustimmung des Verstorbenen oder seiner nächsten Angehörigen vorgenommen werden.

Da das SKAG nur allgemein regelte, wann ein im Krankenhaus verstorbener Patient zu obduzieren war, und dies auch in Verordnungen nicht näher ausgeführt war, gingen die fünf überprüften Krankenanstalten bei Obduktionen unterschiedlich vor:

(1) Im KH Zell am See erfolgte keine Obduktion, wenn die Todesursache klar war und der Todesfall erwartet wurde. War die Todesursache unklar bzw. der Patient auf der Intensivstation verstorben, wurde eine Obduktion angeordnet. Eine gerichtsmedizinische Obduktion wurde bei jedem intraoperativen Todesfall durchgeführt.

(2) Im LKH Mittersill wurde die Notwendigkeit einer Obduktion anhand dreier Kriterien beurteilt: (a) klare Todesursache⁵⁸ – keine Obduktion; (b) unklare Todesursache ohne Verdacht auf Verschulden⁵⁹ – Obduktion durch das KH Schwarzach; (c) unklare Todesursache mit Verdacht auf Verschulden⁶⁰ – Obduktion durch die Gerichtsmedizin.

(3) Im LKH Tamsweg wurden seit 2012 alle im Krankenhaus verstorbenen Patienten obduziert. In jenen Fällen, in denen die Todesursache unklar war bzw. wenn der Tod nach einem Eingriff erfolgte, wurde eine gerichtsmedizinische Obduktion angeordnet.

(4) Im KH BBR Salzburg wurden Patienten mit bekanntem Leiden und klarer Diagnose nicht obduziert⁶¹. Bei nicht primären Todesursachen sowie bei Tod auf der Intensivstation wurde ausnahmslos obduziert.

⁵⁷ § 57 Abs. 1 SKAG

⁵⁸ z.B. längere chronische Erkrankung ohne Heilungschancen

⁵⁹ z.B. unerwarteter nicht vorhersehbarer Tod im Zuge eines stationären Aufenthalts

⁶⁰ z.B. mors in tabula

⁶¹ onkologische Fälle, Herzinsuffizienz, altersspezifische Faktoren



Sonstige Feststellungen

(5) Im KH Oberndorf wurde bei zu erwartender Todesfolge nicht, bei unklarer Todesursache immer obduziert.

- 27.2** Nach Ansicht des RH waren Obduktionen ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung des medizinischen Qualitätsniveaus. Weiters wies der RH darauf hin, dass die Obduktionsrate (Verhältnis von Obduktionen zu im Krankenhaus Verstorbenen) im Land Salzburg in den letzten Jahren deutlich unter dem Österreichschnitt lag. Der RH empfahl daher dem Land Salzburg, für die Durchführung von Obduktionen klare Regelungen zu treffen und insbesondere festzulegen, in welchen Fällen und auf wessen Anordnung hin Obduktionen in die Wege zu leiten sind.
- 27.3** *Im LKH Tamsweg würden laut Stellungnahme des Landes Salzburg einheitliche Richtlinien zur Obduktion von verstorbenen Patienten schriftlich ausgearbeitet werden.*

Getroffene Maßnahmen

- 28** Bei der Überprüfung der OP-Leistungen im LKH Tamsweg stellte der RH fest, dass ein Arzt knapp 40 % aller Operationsleistungen der Kran-kenanstalt erbrachte, obwohl er nur teilzeitbeschäftigt war. Neben dieser Teilzeitanstellung hatte er eine gesonderte Vereinbarung mit dem LKH Tamsweg über von ihm in das Krankenhaus eingewiesene Pati-enten, wofür ihm 40 % des Wertes der erbrachten Leistungskompo-nente der allgemeinen Gebührenklasse nach dem LKF-System zustan-den.

Der RH zeigte während der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle einen potenziellen Interessenkonflikt auf, weil der Arzt im LKH Tamsweg sowohl eine unselbständige als auch eine selbständige Beschäf-tigung ausübte. Nach Ansicht des RH war er zusätzlich zu seiner Anstellung de facto auch als Belegarzt im LKH Tamsweg tätig. Die Empfehlung des RH, die Zusatzvereinbarung zu kündigen und das Beschäftigungsausmaß dieses Arztes zu erhöhen, setzte das LKH Tamsweg bereits während der Gebarungsüberprüfung um.

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

29 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:^{62, 63}

BMG

(1) Es wären verbindliche Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Form von Bundesqualitätsrichtlinien entsprechend den Vorgaben im Gesundheitsqualitätsgesetz zu erlassen. (TZ 3)

(2) Unter Hinweis auf die im Gesundheitsqualitätsgesetz festgelegten Verpflichtungen wäre der Aufbau eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems zügig voranzutreiben. (TZ 4)

(3) Im Interesse einer einheitlichen Qualitätsberichterstattung wäre die Entwicklung von Vorgaben auf Basis bereits bestehender Dokumentationsgrundlagen voranzutreiben. (TZ 4)

(4) Die Bemühungen zur flächendeckenden Einführung eines Indikatorenmodells wären in der Bundesgesundheitskommission voranzutreiben. (TZ 8)

(5) Im Interesse einer bundesweiten Vergleichbarkeit der Komplikationsraten sollten zentrale Vorgaben – z.B. aufbauend auf dem Indikatorenmodell (siehe TZ 8) und bereits bestehenden Registern sowie auf WHO-Vergleichsdaten – etwa in Form einer Bundesqualitätsrichtlinie erlassen werden. (TZ 14)

Land Salzburg

(6) Die Verordnung zur näheren Bestimmung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Kontrolle im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wäre umgehend zu erlassen. (TZ 5)

⁶² Die Schlussempfehlungen (1) bis (4) entsprechen im Wesentlichen den Schlussempfehlungen (6) bis (9) der vorangegangenen Geburgsüberprüfung zu diesem Thema (im LKH Salzburg sowie den KH Schwarzach und Hallein) in Reihe Bund 2012/12 bzw. Reihe Salzburg 2012/9.

⁶³ Die Schlussempfehlungen (6) und (8) entsprechen den Schlussempfehlungen (10) und (11) der vorangegangenen Geburgsüberprüfung zu diesem Thema (im LKH Salzburg sowie den KH Schwarzach und Hallein) in Reihe Bund 2012/12 bzw. Reihe Salzburg 2012/9.

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**

(7) Folgende Qualitätsindikatoren wären in die zu erlassende Verordnung (siehe Schlussempfehlung (6)) aufzunehmen:

- Maßnahmen des Hygienemanagements (siehe auch TZ 12 und 13),**
- die Erfassung von Komplikationsraten (siehe auch TZ 14),**
- die Durchführung von histologischen Untersuchungen (siehe auch TZ 15),**
- die Einführung von Fehlermelde- und Lernsystemen (siehe auch TZ 16),**
- die Anwendung von Checklisten (siehe auch TZ 18),**
- die Einführung von Standard Operating Procedures zur standardisierten Vorgangsweise im Rahmen der Tumorboardbesprechungen (siehe auch TZ 19) sowie**
- pathologische Untersuchungen (siehe auch TZ 27). (TZ 10)**

(8) Der Salzburger Gesundheitsfonds wäre dazu anzuhalten, die Abrechnungskriterien nach dem System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung an die Strukturqualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) anzugeleichen und Leistungen, die diesen nicht entsprechen, den Fondskrankenanstalten auch nicht zu vergüten. (TZ 7)

(9) Das chirurgische und unfallchirurgische Leistungsangebot am Standort Zell am See wäre zu evaluieren sowie bei der Neuerstellung des Regionalen Strukturplans Gesundheit auf eine Konformität mit den Strukturqualitätskriterien zu achten. (TZ 21)

(10) Im LKH Mittersill wären Schilddrüsenoperationen im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien einzustellen. (TZ 21)

(11) Da im LKH Tamsweg eine Neuübernahme der Abteilung für Unfallchirurgie erst im Februar 2012 erfolgt war, wäre die Frequenzentwicklung im Bereich der Endoprothetik bezüglich der Knieoperationen und der Hüftoperationen noch einige Zeit zu beobachten und die Situation danach zu evaluieren bzw. die erforderlichen Maßnahmen zu treffen. (TZ 21)

(12) Es wären verbindliche Vorgaben zu erlassen, bei welchen Eingriffen histologische Untersuchungen durchzuführen sind. (TZ 15)

Stadtgemeinde Zell
am SeeKonvent der Barm-
herzigen Brüder vom
Hl. Johannes von
GottStadtgemeinde
OberndorfKH Zell am See,
LKH Mittersill
und Tamsweg,
KH BBR Salzburg,
KH Oberndorf

(13) Es wären Kriterien für die Anbindung von Fachschwerpunkten an die entsprechenden Patronanzabteilungen in der zu erlassenden Verordnung über Maßnahmen der Qualitätssicherung zu formulieren, um ein einheitliches Qualitätsniveau im Bundesland Salzburg sicherzustellen. (TZ 23)

(14) Für die Durchführung von Obduktionen wären klare Regelungen zu treffen und insbesondere festzulegen, in welchen Fällen und auf wessen Anordnung hin Obduktionen in die Wege zu leiten sind. (TZ 27)

(15) Das Verhalten zweier Ärzte im LKH Tamsweg betreffend Zeiterfassung wäre auf die möglicherweise disziplinäre und strafrechtliche sowie gegebenenfalls zivilrechtliche Relevanz zu prüfen. (TZ 26)

(16) Im KH Zell am See wäre im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien für die Einstellung insbesondere von Schilddrüsen-, Knie- und Brustkrebsoperationen zu sorgen. Da im Jahr 2011 auch nur mehr zwei Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse vorgenommen wurden, wäre auch diese Operation einzustellen. (TZ 21)

(17) Im KH BBR Salzburg wäre eine Bereinigung des Leistungsangebots im Einklang mit den Strukturqualitätskriterien des ÖSG vorzunehmen und damit ein rechtskonformer Zustand herzustellen. (TZ 22)

(18) Im KH Oberndorf wären die Schilddrüsenoperationen einzustellen und die Frequenz der Pankreasoperationen zu beobachten. (TZ 21)

(19) Die Personalausstattung der Hygieneteams wäre – in Orientierung an den Empfehlungen des BMG – zu ergänzen. (TZ 12)

(20) Unter Einbindung der Primärärzte der Fachabteilungen wäre auf eine systematische Erfassung und zentrale Auswertung von Komplikationen durch das Qualitätsmanagement mit anschließender Meldung an die kollegiale Führung hinzuwirken. (TZ 14)

Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

**KH Zell am See,
LKH Tamsweg**

(21) Im Interesse der Patientenbehandlungssicherheit bzw. auch aus forensischen Gründen wären alle entnommenen Gewebeproben – soweit medizinisch indiziert und ökonomisch vertretbar – histologisch zu untersuchen. (TZ 15)

(22) Es wäre so rasch wie möglich durch eine andere Krankenanstalt, wie bspw. das LKH Salzburg oder das KH Schwarzach, eine telepathologische Versorgung sicherzustellen. (TZ 21)

**LKH Mittersill,
KH BBR Salzburg,
KH Oberndorf**

(23) Für die bestmögliche Weiterbehandlung von an Krebs erkrankten Patienten wären Standard Operating Procedures auszuarbeiten, welche die weiteren Behandlungsschritte in Zusammenarbeit mit onkologischen Zentren festlegen bzw. die Transferierung an diese Zentren regeln. (TZ 19)

**KH Zell am See,
KH BBR Salzburg**

(24) Es wären standardisierte interne Fehlermeldesysteme zu installieren. (TZ 16)

KH Zell am See

(25) Im Sinne der Transparenz und der Klarstellung von Verantwortlichkeiten wäre eine schriftliche Vereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen dem jeweiligen Fachschwerpunkt und der entsprechenden Patronanzabteilung zu schließen. (TZ 23)

LKH Mittersill

(26) Die systematische Infektions-Surveillance wäre auf die Fachbereiche Allgemeine Chirurgie (anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“), Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikators „Kaiserschnitt“) sowie – wie bereits geplant – auf den Intensivbereich auszudehnen. (TZ 13)

(27) Ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Surveillance-System wäre einzurichten. Dies sollte anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“ (Allgemeine Chirurgie) und „Knie- sowie Hüftendoprothetik“ (Orthopädie bzw. Unfallchirurgie) erfolgen. (TZ 13)



**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen**



**Qualitätssicherungsmaßnahmen in
Salzburger Krankenanstalten**

LKH Tamsweg

(28) Die schon vorhandenen Pläne für eine Infektionsüberwachung über KISS wären umzusetzen. Dies sollte anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“ (Allgemeine Chirurgie), „Knie- sowie Hüftendoprothetik“ (Orthopädie bzw. Unfallchirurgie) sowie anhand des Indikators „Kaiserschnitt“ erfolgen. (TZ 13)

(29) Das bestehende Fehlermeldesystem wäre besser zu nutzen. (TZ 16)

(30) Es wären der Dienstzeiterfassung sämtlicher Bediensteten erhöhtes Augenmerk zuzuwenden und die Einhaltung der Arbeitszeiten zu kontrollieren. (TZ 26)

KH BBR Salzburg

(31) Die systematische Infektions-Surveillance wäre auf den Fachbereich Allgemeine Chirurgie (anhand der Indikatoren „Verschluss einer Leistenhernie“ und „Kolektomie“) auszudehnen. (TZ 13)

KH Oberndorf

(32) Die Einführung des ICdoc-Systems auf der Intensivstation wäre wie geplant umzusetzen und im Bereich der Allgemeinen Chirurgie auf die Kolektomie auszuweiten. (TZ 13)

R
H

ANHANG

- Anhang 1: Hals–Nasen–Ohren–Operationen**
- Anhang 2: Mastektomie und Mammateilresektion**
- Anhang 3: Appendektomie (OP am Blinddarm)**
- Anhang 4: Hemikolon (OP am Mastdarm)**
- Anhang 5: Cholezystektomie (OP der Gallenblase)**
- Anhang 6: Thyreoidektomie (OP an der Schilddrüse)**
- Anhang 7: Pankreatektomie (OP an der Bauchspeicheldrüse)**
- Anhang 8: Sectio caesarea (Kaiserschnitt)**
- Anhang 9: Arthroskopie**
- Anhang 10: Totalendoprothetik der Hüfte**
- Anhang 11: Totalendoprothetik des Kniegelenks**

H | R**Anhang 1**

	Anzahl OP	durch-schnittliche		minimale		maximale		durch-schnittliche		minimale		maximale		Mittelwert Intensiv
		OP-Anzahl je Arzt	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten											
Adenotomie (Leistungseinheit je Sitzung)														
KH Zell am See	70	17,5	9	32	13,0	3	54	2,0		1	4	0,0		
LKH Mittersill ¹	0													
LKH Tamsweg	0													
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0													
KH Oberndorf	0													
Operative Blutstillung einer Nachblutung nach Tonsillektomie/Adenotomie (Leistungseinheit je Sitzung)														
KH Zell am See	7	1,8	1	3	16,0	9	29	4,0		1	7	0,0		
LKH Mittersill ¹	0													
LKH Tamsweg	0													
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0													
KH Oberndorf	0													
Tonsillektomie (Leistungseinheit je Sitzung)														
KH Zell am See	89	22,3	10	55	23,7	9	77	4,5		1	13	1,0		
LKH Mittersill ¹	0													
LKH Tamsweg	1	1,0	1	1	17,0	17	17	3,0		3	3	0,0		
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0													
KH Oberndorf	0													

Anhang 1

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale		maximale		durch-schnittliche	minimale		maximale		Mittelwert Intensiv
			OP-Anzahl je Arzt	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten				Verweildauer in Tagen				
Tonsillotomie (Leistungseinheit je Sitzung)												
KH Zell am See	29	7,3	1	18	20,1	4	44	2,0	1	3	0,0	
LKH Mittersill ¹	0											
LKH Tamsweg	0											
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0											
KH Oberndorf	0											

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

Anhang 2

342

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale		maximale		durch-schnittliche	minimale		maximale		durch-schnittliche	minimale		maximale		Mittelwert Intensiv
			OP-Anzahl je Arzt	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten	Verweildauer in Tagen												
Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)																	
KH Zell am See	2	1,0	1	1	86,0	84	88	22,0		17	27		0,0				
LKH Mittersill ¹	0																
LKH Tamsweg	0																
KH Barmherzige Brüder Salzburg	19	2,7	1	8	84,2	31	142	8,6		4	20		1,0				
KH Oberndorf	0																
Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)																	
KH Zell am See	1	1,0	1	1	31,0	31	31	27,0		27	27		0,0				
LKH Mittersill ¹	0																
LKH Tamsweg	0																
KH Barmherzige Brüder Salzburg	7	1,4	1	2	82,3	27	189	4,3		2	7		0,0				
KH Oberndorf	0																
totale Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)																	
KH Zell am See	1	1,0	1	1	44,0	44	44	19,0		19	19		0,0				
LKH Mittersill ¹	0																
LKH Tamsweg	0																
KH Barmherzige Brüder Salzburg	6	1,2	1	2	169,5	60	399	9,0		6	12		0,0				
KH Oberndorf	0																

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
		OP-Anzahl je Arzt	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen					
totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)											
KH Zell am See	0										
LKH Mittersill ¹	0										
LKH Tamsweg	0										
KH Barmherzige Brüder Salzburg	4	1,3	1	2	48,8	25	70	9,8	6	13	0,0
KH Oberndorf	0										

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

Anhang 3

364

ANHANG 3: Appendektomie (OP am Blinddarm)

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv				
												OP-Anzahl je Arzt	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten	Verweildauer in Tagen	
Appendektomie laparoskopisch															
KH Zell am See	2	1,0	1	1	56,0	40	72	8,5	8	9	0,0				
LKH Mittersill ¹	13	2,6	1	6	67,0	39	134	5,8	2	19	0,0				
LKH Tamsweg	8	4,0	3	5	32,8	24	58	3,9	2	7	0,0				
KH Barmherzige Brüder Salzburg	76	6,9	1	14	47,8	11	189	4,9	2	22	5,2				
KH Oberndorf	28	7,0	1	15	62,8	30	245	4,5	2	12	2,0				
Appendektomie offen															
KH Zell am See	99	9,0	1	21	50,3	14	96	4,1	2	12	0,0				
LKH Mittersill ¹	15	2,5	1	5	81,3	25	201	5,9	2	14	0,0				
LKH Tamsweg	54	18,0	7	27	28,5	12	64	4,5	2	11	0,0				
KH Barmherzige Brüder Salzburg	14	2,0	1	3	146,0	51	312	12,4	5	25	2,3				
KH Oberndorf	31	3,9	1	8	47,6	20	120	3,9	1	11	2,0				

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

Anhang 4

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
		OP-Anzahl je Arzt	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten				Verweildauer in Tagen				
Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose laparoskopisch (Leistungseinheit je Sitzung)											
KH Zell am See	24	8,0	4	11	181,6	95	296	15,7	11	43	2,6
LKH Mittersill ¹	0										
LKH Tamsweg	1	1,0	1	1	201,0	201	201	30,0	30	30	7,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	39	5,6	1	14	128,7	65	235	12,7	6	44	3,1
KH Oberndorf	12	3,0	1	7	167,9	130	225	9,6	6	20	2,3
Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose offen											
KH Zell am See	5	1,7	1	3	175,4	94	270	19,0	12	29	2,0
LKH Mittersill ¹	2	1,0	2	2	252,5	211	294	34,0	17	51	3,5
LKH Tamsweg	3	3,0	3	3	130,0	78	160	21,0	13	27	6,3
KH Barmherzige Brüder Salzburg	15	3,0	1	8	139,7	67	316	17,1	10	38	5,8
KH Oberndorf	0										
Resektion des linken Hemikolon ohne primäre Anastomose											
KH Zell am See	5	1,7	1	2	143,6	44	232	21,2	16	26	1,0
LKH Mittersill ¹	1	1,0	1	1	238,0	238	238	3,0	3	3	3,0
LKH Tamsweg	0										
KH Barmherzige Brüder Salzburg	4	2,0	2	2	150,5	62	259	50,5	23	125	11,0
KH Oberndorf	2	2,0	2	2	168,5	105	232	17,5	11	24	0,0

Anhang 4

346

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
Resektion des rechten Hemikolon offen											
KH Zell am See	7	1,8	1	2	116,1	90	149	16,4	9	31	3,2
LKH Mittersill ¹	1	1,0	1	1	119,0	119	119	13,0	13	13	4,0
LKH Tamsweg	0										
KH Barmherzige Brüder Salzburg	19	3,2	1	8	113,3	39	198	27,3	12	49	6,7
KH Oberndorf	11	3,7	2	6	182,2	140	280	14,1	10	18	3,1

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

Anhang 5

ANHANG 5: Cholezystektomie (OP der Gallenblase)

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
		OP-Anzahl je Arzt	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen					
Cholezystektomie laparoskopisch											
KH Zell am See	90	15,0	7	27	63,6	23	336	5,3	3	17	2,0
LKH Mittersill ¹	19	3,2	1	6	96,2	50	185	8,0	4	32	2,0
LKH Tamsweg	32	10,7	4	22	63,4	27	164	9,2	3	39	0,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	190	21,1	3	44	75,9	19	650	6,6	2	37	2,8
KH Oberndorf	86	14,3	1	35	74,4	30	333	5,2	2	18	2,3
Cholezystektomie offen											
KH Zell am See	8	2,7	2	4	77,8	42	116	17,8	7	36	1,7
LKH Mittersill ¹	1	1,0	1	1	208,0	208	208	11,0	11	11	0,0
LKH Tamsweg	5	2,5	2	3	66,8	18	107	17,0	9	30	0,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	12	3,0	1	5	142,3	37	287	26,1	12	54	5,5
KH Oberndorf	16	5,3	2	10	193,1	50	495	21,9	10	37	5,5
Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)											
KH Zell am See ²	0										
LKH Mittersill ¹	0										
LKH Tamsweg	4	4,0	4	4	34,3	24	40	16,5	8	34	0,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	3	1,0	1	1	34,0	25	51	31,0	5	54	1,0
KH Oberndorf	9	4,5	1	8	59,2	25	115	8,1	5	13	0,0

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
		OP-Anzahl je Arzt	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen					
Extraktion eines Konkretums aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP											
KH Zell am See ²	0										
LKH Mittersill ¹	0										
LKH Tamsweg	0										
KH Barmherzige Brüder Salzburg	3	1,5	1	2	101,7	90	123	17,7	12	25	3,0
KH Oberndorf	5	5,0	5	5	57,0	25	115	9,0	5	14	0,0
Gallengangsrevision offen											
KH Zell am See	9	4,5	4	5	142,0	73	177	20,2	8	33	3,0
LKH Mittersill ¹	0										
LKH Tamsweg	0										
KH Barmherzige Brüder Salzburg	2	1,0	1	1	60,0	90	90	23,0	12	34	3,0
KH Oberndorf	3	1,5	1	2	108,3	80	130	27,7	14	45	9,0

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

² Im KH Zell am See wurden die ERCP nicht im OP-Saal vorgenommen, weshalb keine Dokumentation als Operation erfolgte. 2011 wurden insgesamt rd. 130 derartige Eingriffe durchgeführt.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 6: Thyreoidektomie (OP an der Schilddrüse)

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
		OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen			
partielle Thyreoidektomie											
KH Zell am See	0										
LKH Mittersill ¹	2	1,0	1	2	140,5	128	153	4,5	4	5	1,5
LKH Tamsweg	0										
KH Barmherzige Brüder Salzburg	24	4,0	1	7	84,2	36	175	5,0	2	10	1,0
KH Oberndorf	2	2,0	2	2	96,5	85	108	3,5	3	4	0,0
totale Thyreoidektomie											
KH Zell am See	0										
LKH Mittersill ¹	1	1,0	1	1	167,0	167	167	17,0	17	17	2,0
LKH Tamsweg	0										
KH Barmherzige Brüder Salzburg	14	2,8	1	4	74,3	21	182	5,3	3	9	1,0
KH Oberndorf	4	4,0	4	4	128,0	107	160	3,8	3	5	0,0
totale Thyreoidektomie mit Lymphadenektomie											
KH Zell am See	0										
LKH Mittersill ¹	0										
LKH Tamsweg	0										
KH Barmherzige Brüder Salzburg	3	1,0	1	1	78,7	55	95	4,3	3	5	1,0
KH Oberndorf	0										

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

Anhang 7

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale		maximale		durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale		maximale		Mittelwert Intensiv						
			OP-Anzahl je Arzt		Schnitt-, Nahtzeit in Minuten				Verweildauer in Tagen												
Pankreasteilresektion links offen																					
KH Zell am See	1	1,0	1	1	82,0	82	82	12,0	12	12	12	12	1,0	1,0	1,0						
LKH Mittersill ¹	0																				
LKH Tamsweg	0																				
KH Barmherzige Brüder Salzburg	4	1,3	1	2	198,0	87	316	15,3	12	18	18	18	4,0	4,0	4,0						
KH Oberndorf	1	1,0	1	1	255,0	255	255	17,0	17	17	17	17	2,0	2,0	2,0						
partielle Duodenopankreatektomie																					
KH Zell am See	0																				
LKH Mittersill ¹	0																				
LKH Tamsweg	0																				
KH Barmherzige Brüder Salzburg	3	1,5	1	2	341,0	268	389	34,7	12	69	69	69	7,0	7,0	7,0						
KH Oberndorf	3	3,0	3	3	420,0	355	495	35,3	29	45	45	45	6,0	6,0	6,0						

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 8: Sectio caesarea (Kaiserschnitt)

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
									OP-Anzahl je Arzt		Schnitt-, Nahtzeit in Minuten
KH Zell am See	98	16,3	4	27	43,7	22	70	6,9	1	12	0,0
LKH Mittersill ¹	0										
LKH Tamsweg	28	9,3	8	12	39,1	27	80	6,0	4	9	0,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0										
KH Oberndorf	0										

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

Anhang 9

352

	Anzahl OP	durch-schnittliche	OP-Anzahl je Arzt		durch-schnittliche	minimale maximale		durch-schnittliche	minimale maximale		Mittelwert Intensiv
			minimale	maximale		minimale	maximale		minimale	maximale	
Arthroskopische Operation des Kniegelenks											
KH Zell am See	277	30,8	1	66	21,8	5	145	3,4	1	13	0,0
LKH Mittersill ¹	76	6,9	1	21	46,2	14	153	3,2	1	12	0,0
LKH Tamsweg	133	13,3	1	61	31,3	10	104	4,5	1	53	0,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	45	15,0	1	30	28,0	11	106	2,2	1	5	0,0
KH Oberndorf	332	30,2	1	105	29,0	8	251	2,2	1	9	2,0
Arthroskopische Operation des Schultergelenks²											
KH Zell am See	11	3,7	2	7	41,6	16	65	7,3	3	25	0,0
LKH Mittersill ¹	14	4,7	4	5	50,6	22	84	3,9	2	6	0,0
LKH Tamsweg	53	17,7	1	45	40,8	10	104	3,3	1	10	0,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	12	12,0	12	12	36,0	12	76	3,2	2	8	0,0
KH Oberndorf	3	3,0	3	3	68,0	45	95	3,0	3	3	0,0
diagnostische Arthroskopie des Kniegelenks											
KH Zell am See	4	1,3	1	2	9,5	5	15	3,5	3	4	0,0
LKH Mittersill ¹	0										
LKH Tamsweg	0										
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0										
KH Oberndorf	10	5,0	1	9	45,7	18	130	2,3	1	4	0,0

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.² betrifft nur die MEL ME060

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 10: Totalendoprothetik der Hüfte

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale		maximale		durch-schnittliche	minimale		maximale		Mittelwert Intensiv
			OP-Anzahl je Arzt	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten	Verweildauer in Tagen							
Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks												
KH Zell am See ²	1	1,0	1	1	136,0	136	136	12,0	12	12	0,0	
LKH Mittersill ¹	3	1,5	1	2	185,0	147	251	20,7	12	33	3,0	
LKH Tamsweg	3	1,0	1	1	134,0	57	180	26,0	14	46	2,0	
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0											
KH Oberndorf	0											
Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks												
KH Zell am See ²	12	6,0	3	9	91,6	56	124	12,9	9	22	1,0	
LKH Mittersill ¹	32	8,0	1	15	91,6	45	143	14,8	0	34	1,4	
LKH Tamsweg	50	10,0	1	21	83,4	52	180	18,7	8	44	1,4	
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0											
KH Oberndorf	175	35,0	7	71	67,5	32	165	13,8	5	53	1,9	
Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks												
KH Zell am See	0											
LKH Mittersill ¹	1	1,0	1	1	220,0	220	220	32,0	32	32	3,0	
LKH Tamsweg	1	1,0	1	1	148,0	148	148	24,0	24	24	5,0	
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0											
KH Oberndorf	0											

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.² ausschließlich akute Eingriffe im Rahmen der Unfallchirurgie

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

ANHANG 11: Totalendoprothetik des Kniegelenks

	Anzahl OP	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	durch-schnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
Explantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks											
KH Zell am See	0										
LKH Mittersill ¹	3	1,5	1	2	145,0	70	237	24,0	11	48	3,0
LKH Tamsweg	2	2,0	2	2	160,0	130	190	53,5	15	92	1,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0										
KH Oberndorf	4	2,0	1	3	100,0	10	150	17,3	13	25	2,0
Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks											
KH Zell am See	10	5,0	4	6	121,1	99	136	15,1	9	31	0,0
LKH Mittersill ¹	45	15,0	1	25	107,4	53	152	16,6	8	39	1,7
LKH Tamsweg	35	8,8	1	15	103,3	51	179	15,2	9	44	1,1
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0										
KH Oberndorf	304	43,4	1	134	85,5	35	280	13,5	4	39	2,0
Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks											
KH Zell am See	0										
LKH Mittersill ¹	0										
LKH Tamsweg	1	1,0	1	1	204,0	204	204	11,0	11	11	1,0
KH Barmherzige Brüder Salzburg	0										
KH Oberndorf	4	2,0	1	3	100,0	10	150	17,3	13	25	2,0

¹ Daten betreffen das 4. Quartal 2011 und das 1. Quartal 2012.

Quellen: jeweiliges Krankenhaus; RH

Anhang 11

H | R



Bericht des Rechnungshofes

Diplomatische Akademie Wien

R
H

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	358
Abkürzungsverzeichnis	359

BMeiA**Wirkungsbereich des
Bundesministeriums für europäische und internationale Angelegenheiten****Diplomatische Akademie Wien**

KURZFASSUNG	361
Prüfungsablauf und -gegenstand	369
Gesetzliche Grundlagen	369
Unternehmenskonzept	371
Leistungen der Diplomatischen Akademie Wien	373
Finanzierung der Diplomatischen Akademie Wien	381
Betriebswirtschaftliche Führung – Ergebnisse der Kosten- und Leistungsrechnung	385
Organisation und Personal	388
Einrichtung einer Revision	394
Investitionen	396
Vergabe von Stipendien	398
Stipendienfonds der Diplomatischen Akademie Wien	400
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen	404

Tabellen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Postgraduale Lehrgänge der DA im Studienjahr 2010/11	371
Tabelle 2: Kernleistungen der DA im Studienjahr 2010/11	374
Tabelle 3: Entwicklung der Bewerbungen/Behalterate	377
Tabelle 4: Von der DA durchgeführte Aus- und Fortbildungsmodule für das BMiA	379
Tabelle 5: Öffentliche Mittel nach Herkunft (inklusive Zahlungen für Leistungen)	382
Tabelle 6: Entwicklung des Deckungsgrads je Geschäftsfeld (GF)	386
Tabelle 7: Organe der DA gemäß DAK-Gesetz 1996	388
Tabelle 8: Personalkosten der DA	390
Tabelle 9: Personalstandszahlen der DA	390
Tabelle 10: Stipendien im Studienjahr 2010/11	399
Tabelle 11: Einnahmen und Leistungen der Stiftung Stipendienfonds der Diplomatischen Akademie	402



Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ADA	Austrian Development Agency
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BM...	Bundesministerium...
BMeIA	für europäische und internationale Angelegenheiten
BMF	für Finanzen
BMI	für Inneres
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DA	Diplomatische Akademie Wien
dRGBI.	deutsches Reichsgesetzblatt
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EU	Europäische Union
EUR	Euro
exkl.	exklusive
GF	Geschäftsfeld
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
inkl.	inklusive
insg.	insgesamt
lt.	laut
Mio.	Million(en)
Nr.	Nummer
rd.	rund
RH	Rechnungshof
S.	Seite
TZ	Textzahl(en)

**R
H**

Abkürzungen

u.a.	unter anderem
USt	Umsatzsteuer
v.a.	vor allem
VBÄ	Vollbeschäftigungäquivalente
vgl.	vergleiche
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für europäische und internationale Angelegenheiten

Diplomatische Akademie Wien

Die Diplomatische Akademie Wien wurde 1996 als Anstalt öffentlichen Rechts aus der Bundesverwaltung ausgegliedert und 2006 als postgraduale Bildungseinrichtung eingerichtet. Für die Aufgabenerfüllung der Diplomatischen Akademie fehlten konkrete Ziele und Vorgaben des BMeiA im Hinblick auf die eingesetzten Bundesmittel.

Die im DAK-Gesetz 1996 geforderte betriebswirtschaftliche Führung, wie z.B. eine Verbesserung der Kostendeckungsquote, konnte die Diplomatische Akademie Wien ungenügend umsetzen. Einsparungspotenziale blieben ungenutzt.

Die vom BMeiA eingerichtete Stiftung „Stipendienfonds der Diplomatischen Akademie“ war für die Vergabe von Stipendien und die Besicherung von Studentenkrediten nicht zweckmäßig.

KURZFASSUNG

Ziel der Gebarungsüberprüfung

Ziel der Gebarungsüberprüfung war, festzustellen, inwieweit die Diplomatische Akademie Wien (DA) ihre strategischen Ziele im Rahmen des bestehenden Leistungsangebots und die im Bundesgesetz über die Diplomatische Akademie Wien (DAK-Gesetz 1996) vorgesehene betriebswirtschaftliche Führung umsetzen konnte. Darüber hinaus überprüfte der RH die Stiftung „Stipendienfonds der Diplomatischen Akademie“. (TZ 1)

Leistungen der DA

Das Leistungsangebot der DA umfasste im Studienjahr 2010/11 drei Geschäftsfelder: Postgraduale Lehrgänge (einjähriger Diplomlehrgang; zweijähriges Masterprogramm – Master of Advanced International Studies – MAIS; ein Jahr des zweijährigen Master of Science in Environmental Technology & International Affairs – ETIA), Spezialkurse und Seminare sowie öffentliche Veranstaltungen. (TZ 4)

Kurzfassung

Die DA legte durch die Einführung neuer Lehrgänge den Schwerpunkt ihres Ausbildungsangebots auf die postgraduale Ausbildung von Hochschulabsolventen für künftige Tätigkeiten im internationalen Bereich. (TZ 2, 4)

Unternehmenskonzept

Das vom RH bei einer früheren Gebarungsüberprüfung (Bericht Reihe Bund 2001/5) empfohlene Unternehmenskonzept enthielt zwar strategische Ziele und Kennzahlen; Soll-/Ist-Vergleiche und eine Ziel-evaluierung fehlten jedoch. Generell war das Unternehmenskonzept von einer geringen betriebswirtschaftlichen Ausrichtung gekennzeichnet, obwohl dies als ausdrückliches Ziel der Ausgliederung der DA definiert war. (TZ 3)

Bewerberzahlen

Die Bewerberzahlen waren von 2007/08 bis 2010/11 bei den angebotenen Lehrgängen (MAIS und ETIA) gestiegen. Bezüglich des ETIA-Lehrgangs („Master of Science in Environmental Technology & International Affairs“) strebte die DA 25 Lehrgangsplätze je Studienjahr an. Dieses Ziel erreichte die DA zwischen 2007/08 und 2010/11 nicht. (TZ 6)

Aus- und Fortbildungsleistungen für das BMiA

Bei der Aus- und Fortbildung öffentlich Bediensteter stand die DA in Konkurrenz zur Verwaltungskademie des Bundes mit kostenfreien Schulungen. Das Angebot der DA wurde vom BMiA nur geringfügig in Anspruch genommen. Dies, obwohl sich die DA selbst das Ziel eines möglichst großen Beitrags zur Diplomatenaus- und -fortbildung gesetzt hatte. (TZ 7)

Aufnahme in den diplomatischen Dienst im BMiA

Die Anzahl der Teilnehmer des Diplomlehrgangs sank im Zeitraum von 2007/08 auf 2011/12 von 36 auf 28 Studenten. Den rd. 20 inländischen Absolventen des Diplomlehrgangs pro Studienjahr standen durchschnittlich nur knapp fünf Aufnahmen jährlich in den diplomatischen Dienst des BMiA gegenüber. (TZ 8)

Finanzierung der DA

Der Erhaltungsbeitrag des Bundes vom BMeiA an die DA betrug seit 2002 jährlich unverändert 2.055.000 EUR. Die Bedingungen für die Zuerkennung des Erhaltungsbeitrags des Bundes waren unzureichend konkretisiert. (TZ 9)

Das BMeiA gab der DA keine konkreten Ziele für die Aufgabenerfüllung in Hinblick auf die eingesetzten Bundesmittel vor; eine Evaluierung des Mitteleinsatzes fehlte. (TZ 9)

Die Verwendung öffentlicher Mittel war nicht ausreichend transparent dargestellt. (TZ 11)

Lukrierung zusätzlicher Mittel

Der DA gelang es nicht, das Ziel der Ausgliederung, verstärkt zusätzliche Mittel von Internationalen Organisationen zu lukrieren, umzusetzen. (TZ 10)

Kooperationen mit international tätigen Unternehmen lagen zur Zeit der Geburungsüberprüfung nicht vor, obwohl dies bereits im Jahr 2007 im Unternehmenskonzept vorgesehen war. (TZ 5)

Betriebswirtschaftliche Führung – Ergebnisse der Kosten- und Leistungsrechnung

Die DA legte für die einzelnen Geschäftsfelder keine Deckungsgradziele fest. (TZ 12)

Der Deckungsgrad bei den postgradualen Lehrgängen lag im Zeitraum 2007/08 bis 2010/11 relativ konstant zwischen 55 % und 56 % (Ausnahme 2008/09 mit 47,9 %). Das Ziel der DA, eine Verbesserung des Deckungsgrades zu erreichen, wurde bei den Lehrgängen nicht umgesetzt, obwohl sich die Einnahmen aus Studiengebühren in einem Zeitraum von fünf Jahren fast verdoppelten. Dies war auf die Steigerung der Personalkosten zurückzuführen. Die DA konnte den Deckungsgrad bei den Spezialkursen von 82,1 % auf 93 % und bei den Seminaren von 83,3 % auf 85,7 % steigern. Der Deckungsgrad bei den Mietveranstaltungen verringerte sich geringfügig von 75,2 % auf 74,4 %. Somit waren weder der Seminarbetrieb noch die Mietveranstaltungen kostendeckend. (TZ 12)

Kurzfassung**Organisation und Personal**

Die Personalkosten der Mitarbeiter und der nebenberuflich Vortragenden betragen im Jahr 2011 rd. 2,88 Mio. EUR. Zwei Drittel des Personals bzw. die Hälfte der Personalkosten entfielen auf die Verwaltung. Einsparmöglichkeiten im Bereich der Direktion wurden nur unzureichend wahrgenommen. (TZ 14, 15)

Die Richtlinien für die Besoldung der Mitarbeiter sahen Überzahlungen im Ausmaß bis zu fünf Gehaltsstufen sowie Zulagen für Kenntnisse vor, die ohnehin als Voraussetzung für den Tätigkeitsbereich der DA anzusehen waren (z.B. Sprachen- und Fachbereichszulagen). Die Aufwendungen für die Zulagen beliefen sich im Jahr 2010 auf rd. 250.000 EUR und damit rd. 8,7 % der Personalkosten. (TZ 16)

Mehr als ein Drittel der in der hauseigenen Küche produzierten Mittagsmenüs (7.552 im Studienjahr 2010/11) wurden kostenlos an das eigene Personal abgegeben. Der Aufwand (Waren- und Personaleinsatz) dafür betrug 110.637 EUR. Die Kosten eines Personalessens betrugen 14,65 EUR (Vollkosten) und waren für die Dienstnehmer steuerfrei. (TZ 17)

Anmeldung und Abrechnung von Personal für das BMiA

Aufgrund vertraglicher Vereinbarungen mit dem BMiA stellte die DA Personal nur zum Zwecke der Personalleihe an das BMiA ein. Die DA erhielt dafür die Kosten sowie eine Pauschalvergütung für den Verwaltungsaufwand aus dem Sachaufwand des BMiA ersetzt. Sie umging damit Beschränkungen zur Personalaufnahme in Bundesministerien aufgrund von Deckelungen im Personalplan des Bundes. (TZ 18)

Einrichtung einer Revision

Die im Prüfbericht des Generalinspektorats des BMiA im Jahr 2009 empfohlenen Maßnahmen waren bis Ende 2011 zum Teil noch nicht umgesetzt, wie z.B. die Büroordnung, das Organisationshandbuch und das elektronische Aktensystem. Ein weiterer Revisionsbericht eines externen Unternehmens aus dem Jahr 2011 enthielt keine konkreten Umsetzungsempfehlungen. Die vom Kuratorium beschlossenen Revisionsrichtlinien enthielten keine Vorgaben zur Festlegung von Prüfthemen sowie zur diesbezüglichen Einbindung des Kuratoriums. (TZ 19)



Kurzfassung

BMiA

Diplomatische Akademie Wien

Investitionen

Die DA beschäftigte seit mindestens 18 Jahren ein Architekturbüro bei allen Bauplanungs- und -durchführungsarbeiten. Vergleichsangebote zur Prüfung der Preisangemessenheit lagen nur zum Teil vor. Von 2007 bis 2010 wendete die DA für Instandhaltungs- bzw. Instandsetzungsarbeiten insgesamt rd. 1,2 Mio. EUR auf. Davon entfielen 139.672 EUR (12 %) auf Architektenleistungen. (TZ 20)

Für die Planung, Erstellung und Implementierung einer neuen Website einschließlich Intranet samt Schnittstellen und Applikationen richtete die DA keine Projektorganisation ein. Gegenüber den budgetierten Kosten in Höhe von 55.000 EUR beliefen sich die Gesamtkosten auf 161.004 EUR inkl. USt (Kostenüberschreitung rd. 300 %). (TZ 21)

Der Gesamtauftragswert für die Erstellung der Website lag über dem Schwellenwert für Direktvergaben gemäß den vergaberechtlichen Bestimmungen. Die Einzelaufträge wären gemeinsam unter Einhaltung der Vergabebestimmungen zu vergeben gewesen. Die Projektdauer verzögerte sich von vier auf mehr als 21 Monate, die Vergaben waren unvollständig dokumentiert. (TZ 21)

Vergabe von Stipendien

Im Studienjahr 2010/11 wurden 261.600 EUR der rd. 1.440.500 EUR an Studiengebühren durch Stipendien und rd. 79.500 EUR durch Tuition Waivers (Erlass von Studiengebühren durch die DA) abgedeckt. Der Anteil der Stipendien war im internationalen Vergleich gering. (TZ 22)

Für die Vergabe von Stipendien fehlten Richtlinien und konkrete Vergabekriterien. Dokumentationen über den Entscheidungsprozess lagen nur teilweise vor. (TZ 22)

Stipendienfonds der Diplomatischen Akademie

Die Stiftung „Stipendienfonds der Diplomatischen Akademie“ änderte und erweiterte 2001 ihren Stiftungszweck (Umstellung auf Leistungsstipendien und Erweiterung auf Kreditbesicherung). Die Satzungsänderung war bescheidmäßig nicht genehmigt und wurde nicht in das Stiftungsregister des BMI eingetragen. Leitung, Verwaltung und Aufsicht des Stipendienfonds waren personell nicht getrennt. (TZ 24, 25)

Kurzfassung

Die Stipendien- und Kreditvergabe erfolgte durch die DA. Die operative Tätigkeit des Stipendienfonds der Diplomatischen Akademie bestand überwiegend in der Vereinnahmung und Veranlagung des Stifungsvermögens in Form von mehrjährig gebundenen Bundesanleihen. Der Stipendienfonds koppelte die Höhe seiner Leistungen an die Jahresbeiträge von fünf Bundesländern. (TZ 26)

Zum 31. Dezember 2011 betrug das Vermögen des Stipendienfonds der Diplomatischen Akademie insg. rd. 1,55 Mio. EUR. Die Mittel für die Tätigkeit der Stiftung waren gemäß Satzung auch durch laufende Zuwendungen (analog eines Fonds) aufzubringen, weil das für den Stiftungszweck gewidmete Vermögen nicht ausreichte, um aus den Erträgnissen den Stiftungszweck zu erfüllen. Für die Stipendienvergabe und die Kreditbesicherung war somit eine Stiftung mit gesondertem Vermögensaufbau nicht zweckmäßig. (TZ 26)

Kenndaten der Diplomatischen Akademie Wien

Rechtsgrundlage	Bundesgesetz über die Diplomatische Akademie Wien, BGBl. Nr. 178/1996 i.d.g.F. (DAK-Gesetz 1996), zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 68/2006					
Rechtsform	Anstalt öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit					
Gesetzliche Aufgaben	Vorbereitung von Hochschul- oder Fachhochschulabsolventen auf die Berufstätigkeit im diplomatischen Dienst, in Internationalen Organisationen oder in der internationalen Wirtschaft sowie Unterstützung der Führungskräfteschulung und Ausbildung der Bediensteten des BMiA					
	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2007 bis 2011
			in EUR ¹			in %
Erträge	4.426.908	4.449.369	4.770.650	4.934.924	4.993.071	+ 12,8
<i>davon</i>						
<i>Erhaltungsbeitrag BMiA</i>	2.055.000	2.055.000	2.055.000	2.055.000	2.055.000	0,0
<i>Erträge Lehre</i>	1.949.212	2.000.103	2.274.132	2.451.388	2.498.938	+ 28,2
<i>Erträge, Veranstaltungen</i>	264.229	224.783	267.830	288.187	326.381	+ 23,5
<i>sonstige Erträge</i>	158.468	169.483	173.687	140.349	112.752	- 28,8
Aufwendungen	4.724.800	4.429.843	4.776.919	4.745.440	4.956.325	+ 4,9
<i>davon</i>						
<i>Personalaufwand</i>	2.533.502	2.657.600	2.932.163	2.887.368	3.100.776	+ 22,4
<i>Einsatz für Lehre und Veranstaltungen</i>	1.725.017	1.264.662	1.336.892	1.397.480	1.304.298	- 24,4
<i>sonstige Aufwendungen</i>	466.281	507.581	507.863	460.592	551.252	+ 18,2
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	- 297.892	19.525	- 6.269	189.484	36.745	
Jahresüberschuss/-fehlbetrag	- 303.987	13.642	- 8.265	188.029	34.352	
Reinvermögen per 31. Dezember²	571.656	585.298	577.033	765.062	799.413	
Beschäftigte zum Stichtag 1. Jänner	38,6	39,2	41,9	40,9	40,4	
	in VBÄ ³					

¹ alle Angaben gemäß den Rechnungsabschlüssen; Rundungsdifferenzen möglich² gewidmetes Vermögen gemäß § 23 DAK-Gesetz 1996, zweckgebundene Rücklage, Gebarungs-Zugang/Abgang³ nur Mitarbeiter, welche tatsächlich ihre Aufgaben in der DA verrichteten

Quellen: DA, RH



Kenndaten des Stipendienfonds der Diplomatischen Akademie

Rechtsgrundlagen	Privatrechtlicher Stiftungsakt des Bundesministeriums für auswärtige Angelegenheiten, errichtet im Sinne des § 1 Abs. 4 Bundesgesetz betreffend die Errichtung der Diplomatischen Akademie Wien (BGBl. Nr. 379/1967) Bundes-Stiftungs- und Fondsgesetz, BGBl. Nr. 11/1975 i.d.g.F.					
Rechtsform	Stiftung mit eigener Rechtspersönlichkeit					
Aufgabe gemäß Stiftungsbrief¹	Finanzielle Unterstützung von Lehrgangsteilnehmern der Diplomatischen Akademie Wien, um ihnen das Studium an der Diplomatischen Akademie Wien zu ermöglichen oder zu erleichtern.					
	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2007 bis 2011
			in EUR			in %
Einnahmen	350.885	344.075	762.225	463.286	444.945	+ 26,8
<i>davon</i>						
<i>Zuwendungen Dritter</i>	95.400	63.000	113.000	85.000	88.000	- 7,8
<i>Zinserträge</i>	60.441	65.218	48.861	63.489	56.917	- 5,8
<i>(Wertpapier)-Einnösungen</i>	121.000	136.000	517.288²	235.000	153.000	+ 26,4
Ausgaben	350.885	344.075	762.225	463.286	444.945	+ 26,8
<i>davon</i>						
<i>Leistungen an die DA</i>	77.755	78.063	85.705	79.133³	79.187	+ 1,8
<i>(Wertpapier-)Veranlagungen</i>	190.000	180.000	563.000	212.000	165.000	- 13,2
Vermögen (Konten und Wertpapiere)	1.358.856	1.406.076	1.448.509	1.501.027	1.545.161	+ 13,7

¹ gemäß neu gefasstem Stiftungsbrief vom 11. Dezember 2000

² inkl. Festgeldauflösung

³ saldierter Wert

Quellen: DA, RH


**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 Der RH überprüfte von November bis Dezember 2011 die Gebarung der Diplomatischen Akademie Wien („Vienna School of International Studies“). Der Prüfungszeitraum erstreckte sich auf die Jahre 2007 bis 2010/2011.

Ziel der Gebarungsüberprüfung war, festzustellen, inwieweit die Diplomatische Akademie Wien (DA) ihre strategischen Ziele im Rahmen des bestehenden Leistungsangebots und die im DAK-Gesetz 1996 vorgesehene betriebswirtschaftliche Führung umsetzen konnte.

Darüber hinaus überprüfte der RH die zur Vergabe von Unterstützungen für Studenten der DA (Stipendien und Haftungen für Studienkredite) beim BMeiA eingerichtete Stiftung „Stipendienfonds der Diplomatischen Akademie“.

Zu dem im September 2012 übermittelten Prüfungsergebnis gaben die DA im November 2012 und das BMeiA im Dezember 2012 Stellungnahmen ab. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Februar 2013.

**Gesetzliche
Grundlagen**

2.1 (1) Die DA wurde 1964 im Konsulartrakt der Theresianischen Stiftung als Anstalt des Bundes (BMeiA) mit Bundesgesetz vom 15. November 1967 betreffend die Errichtung der Diplomatischen Akademie (BGBl. Nr. 379/1967) wiedererrichtet.¹ Ziel der Wiedererrichtung der DA war, Begabten aus allen Bevölkerungsschichten Österreichs eine gezielte Vorbereitung auf den Höheren auswärtigen Dienst im BMeiA oder eine Berufslaufbahn in Internationalen Organisationen und Unternehmen zu eröffnen. Gleichzeitig diente sie dem außenpolitischen Interesse Österreichs an der Ausbildung von ausländischen Akademikern zur Vorbereitung auf eine ähnliche internationale Berufslaufbahn. Zur Ausbildung der in- und ausländischen Studenten hatte die DA einen Diplomlehrgang eingerichtet.

(2) Mit 1. Juli 1996 erfolgte die Ausgliederung der DA als Anstalt öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit (DAK-Gesetz, BGBl. Nr. 178/1996). Ziele der Ausgliederung waren insbesondere

- eine betriebswirtschaftliche Führung als Anstalt öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit (vgl. TZ 12),
- die Reduzierung des zweijährigen Diplomlehrgangs auf ein Jahr (vgl. TZ 4),

¹ nach Schließung durch das nationalsozialistische Regime

Gesetzliche Grundlagen

- die Einrichtung eines postgradualen Höheren Lehrgangs für Internationale Studien in Kooperation mit österreichischen Universitäten (vgl. TZ 4),
- die Erschließung zusätzlicher Einnahmen durch das Angebot von Spezialkursen und Seminaren (vgl. TZ 4) sowie
- eine Verbesserung der Kostendeckungsquote (vgl. TZ 3, 12).²

Die DA hatte die Aufgabe, auf die Berufstätigkeit im diplomatischen Dienst, in Internationalen Organisationen oder in der internationalen Wirtschaft vorzubereiten. Weiters hatte sie die Schulung von Führungskräften des BMiA sowie die Ausbildung und berufsbegleitende Fortbildung der Bediensteten des BMiA zu unterstützen. Ihre Tätigkeit erstreckte sich auf die Durchführung von Lehrgängen, Veranstaltungen und Seminaren zur Vermittlung von speziellen Fähigkeiten und zur Persönlichkeitsentwicklung für internationale Berufe sowie Fremdsprachenausbildung. Die DA reduzierte die Dauer des ursprünglich zweijährigen Diplomlehrgangs auf ein Jahr und führte zusätzlich einen neuen, postgradualen Lehrgang mit Universitätsabschluss („MAIS“) in Kooperation mit der Universität Wien ein. Aufgrund der Kongruenz der Lehrpläne des Diplomlehrgangs und der ersten beiden Semester des MAIS war es Absolventen des Diplomlehrgangs möglich, in das dritte Semester des MAIS überzutreten.

Die DA beschäftigte nunmehr ständig angestelltes Personal für Lehre und wissenschaftliche Forschung.

(3) Ab der Novelle zum DAK-Gesetz 1996 vom Mai 2006 (BGBI. I Nr. 68/2006) galt die DA als postgraduale wissenschaftliche Bildungseinrichtung; der MAIS-Lehrgang und der 2007/08 neu gegründete ETIA-Lehrgang wurden als zweijähriges Master-Programm in die Bologna-Struktur eingegliedert.³

Die postgradualen Lehrgänge boten folgendes Programm:

² gemäß den Erläuterungen zum DAK-Gesetz 1996

³ Erlangung eines Master-Abschlusses mit dem Nachweis von 120 ECTS-Punkten (European Credit Transfer and Accumulation System – laut Bologna Prozess), aufbauend auf einem Grundstudium von mindestens 180 ECTS.

**Tabelle 1: Postgraduale Lehrgänge der DA im Studienjahr 2010/11**

Leistungsangebot/ Lehrgänge	Erläuterung
Diplomlehrgang (einjährig)	Postgradualer, nicht universitärer dreisprachiger Lehrgang für internationale Beziehungen, welcher mit einem Diplom der DA abschloss. Er wurde für die gezielte Vorbereitung von Hochschulabsolventen für den Höheren Dienst im BMeIA oder eine Berufstätigkeit im höheren Dienst in Internationalen Organisationen oder in Unternehmen eingerichtet. Mit der Ausgliederung der DA 1996 wurde der ursprünglich zweijährige Diplomlehrgang auf ein Jahr verkürzt.
MAIS (4 Semester)	„Master of Advanced International Studies“ in Kooperation mit der Universität Wien. Zweijähriger postgradualer, universitärer Lehrgang für internationale Beziehungen, welcher auch die Verfassung einer Master Thesis beinhaltete. Er wurde vorwiegend in der Unterrichtssprache Englisch geführt. Der akademische Grad „Master of Advanced International Studies“ wurde nach Abschluss des Lehrgangs bescheidmäßigt von der Universität Wien verliehen.
ETIA (4 Semester, teilweise an der Technischen Universität sowie an der DA)	„Master of Science in Environmental Technology & International Affairs“, in Kooperation mit der Technischen Universität Wien. Der zweijährige Lehrgang deckte technische Schwerpunkte wie Management von Luft- und Wasserreinhaltung, Ressourcenmanagement, Energie und Klima sowie nachhaltige Entwicklung ab. Die internationalen Themen umfassten umweltrechtliche, umweltpolitische und ökonomische Fragestellungen.

Quelle: DA

2.2 Der RH stellte fest, dass die DA durch die Einführung neuer Lehrgänge den Schwerpunkt ihres Ausbildungsangebots auf die postgraduale Ausbildung von Hochschulabsolventen für deren künftige Berufslaufbahn im internationalen Bereich legte.

Unternehmenskonzept

3.1 Das ab dem Jahr 2002 auf Anregung des RH⁴ jährlich auf drei Jahre fortgeschriebene Unternehmenskonzept der DA („Strategiepapier“) enthielt v.a. den Tätigkeitsbereich der DA, die strategischen Zielsetzungen (für die gesamte DA sowie für die einzelnen Geschäftsfelder), die Ergebnisse der Kostenrechnung, Leistungskennzahlen und einen Mittelfristplan.⁵

Als strategische Ziele definierte die DA – abgeleitet aus den Ausgliederungszielen – im Unternehmenskonzept v.a.:

- die Sicherung der finanziellen Zukunft der DA durch Studiengebühren, Bundeszuschuss und Drittmittel,

⁴ Bericht Reihe Bund 2001/5. S. 68, TZ 8.2

⁵ Der Direktor der DA legte das Unternehmenskonzept jährlich dem Kuratorium zur Behandlung vor.

Unternehmenskonzept

- die Sicherung der Aufnahme in Lehrgänge durch ausreichende finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. Stipendien),
- die Errichtung weiterer Lehrstühle und weiterer Post-doc-Stellen⁶ bei Lehrstühlen, höhere Studiengebühren und eine höhere Anzahl von Studenten,
- die Sicherung der Teilnahme an einer künftigen europäischen Diplomataus- und –weiterbildung,
- die Sicherung hoher Bewerberzahlen für die Lehrgänge und die Erhöhung der Qualität der Ausbildung, sowie
- die Positionierung als zentraler Ansprechpartner für die Aus- und Fortbildung im BMiA sowie in EU- und internationalen Fragen für den öffentlichen Dienst und Leistung eines möglichst großen Beitrags zur Diplomatausbildung.

Das Unternehmenskonzept war bis auf die Leistungskennzahlen und die Budgetzahlen überwiegend deskriptiv aufgebaut; zum Teil fehlten unmittelbare Soll-/Ist-Vergleiche der Einzelziele sowie Begründungen bei Zielabweichungen.

Ab dem Jahr 2007 (Dreijahreszeitraum bis 2010) waren in den Unternehmenskonzepten keine Finanzziele mehr enthalten. Das in den Materialien zum DAK-Gesetz 1996 normierte Ziel, den Kostendeckungsgrad zu verbessern, fand daher in den strategischen Zielsetzungen der DA keinen Niederschlag.

Die Zielsetzungen im Unternehmenskonzept⁷ waren nicht unmittelbar von betriebswirtschaftlichen Kenngrößen, wie z.B. Ressourcenauslastung (Räume oder Küche), erforderliche Höhe der Einnahmen oder des Deckungsbeitrags abgeleitet. Kennzahlen zur Effizienz der Verwaltung der Akademie fehlten.

3.2 Der RH erachtete das Unternehmenskonzept grundsätzlich für zweckmäßigt. Er wies jedoch auf die geringe betriebswirtschaftliche Ausrichtung hin, obwohl dies als ausdrückliches Ziel der Ausgliederung der DA definiert worden war.

Der RH empfahl der DA, das Unternehmenskonzept und die Zielvorgaben für die DA stärker auf Basis betriebswirtschaftlicher Kennzahlen

⁶ Post-Doktoranden mit befristeter Anstellung

⁷ z.B. Anzahl der Lehrgangsstudenten oder Anzahl der Seminartage



zu formulieren und auch Soll-/Ist-Vergleiche über die Zielerreichung sowie Kennzahlen zur Effizienz des Geschäftsbetriebs aufzunehmen.

3.3 Laut Stellungnahme der DA agiere diese bereits auf Basis betriebswirtschaftlicher Kennzahlen. Sie werde diese in Entsprechung der Empfehlung des RH jedoch weiter präzisieren und im Unternehmenskonzept in den Folgejahren anpassen.

Leistungen der Diplomatischen Akademie Wien

Leistungsangebot

4.1 Das Leistungsangebot der DA umfasste im Studienjahr 2010/11 drei Geschäftsfelder:

- Postgraduale Lehrgänge,
- Spezialkurse und Seminare sowie
- öffentliche Veranstaltungen.



**Leistungen der
Diplomatischen Akademie Wien**

Tabelle 2: Kernleistungen der DA im Studienjahr 2010/11

Geschäftsfeld (GF)	Leistungsangebot	Anzahl Lehrgänge/ Seminare/Veran- staltungen	Dauer	Anzahl Absolventen/ Teilnehmer
GF 1 Postgraduale Lehrgänge	Diplomlehrgang (einjährig)	1	2 Semester	32
	MAIS 1 (1. Studienjahr)		2 Semester	47
	MAIS 2 (2. Studienjahr)	1	2 Semester	55
	ETIA (1. Jahr, 2. Jahr an der TU-Wien)	1	2 Semester	18
	Summe Lehrgänge (Diplom- lehrgang, MAIS, ETIA)	3		152
GF 2 Spezialkurse	30. Spezialkurs Ost	1	9 Wochen	15
	Executive Training Programme Nahost	1	3 Wochen	16
	Spezialkurs Afrika	1	4 Wochen	17
	Executive Training Programme Kaukasus	1	4 Wochen	18
	Summe Spezialkurse	4	20 Wochen	66
Seminare	Sommerkurs Deutsch als Fremdsprache	1	4 Wochen	50
	EU-Präsidentenschaftsseminar Polen	1	9,5 Wochen	k.A. ¹
	Seminare des kasachischen Außenministeriums	1	2 Wochen	18
	Verhandlungstechnikseminare (für European Studies Institute der Universität Moskau, EU Diplomatic Programme in Florenz)	2	1,5 Wochen	25
	Sommerschule gemeinsam mit ausländischen Universitäten	1	4 Wochen	28
	8MeIA-Ausbildungsmodule	4	1 Woche	k.A. ¹
	Serben/Montenegro Seminar	1	2 Wochen	k.A. ¹
	einzelne offene Seminare, z.B. Protokollseminar	1	k.A. ¹	
	Summe Seminare	12	ca. 24 Wochen	
GF 3 Öffentliche Veranstaltungen	3a Eigenveranstaltungen	23	v.a. Abend- veranstal- tungen	2.096
	3b Co-/Mitveranstaltungen (inkl. externe Events)	90		9.041
	3c Mietveranstaltungen	129		9.359
	Summe Veranstaltungen	242		20.496

¹ k.A.: keine Angaben

Quellen: DA und RH



(1) Das Geschäftsfeld 1 „Postgraduale Lehrgänge“ umfasste den einjährigen Diplomlehrgang, das zweijährige Masterprogramm (MAIS 1 und MAIS 2) sowie das erste Jahr des zweijährigen Masterprogramms ETIA (das zweite Jahr absolvierten die Studenten an der Technischen Universität Wien).⁸ Für die Durchführung der Lehrgänge waren an der DA vier Professoren, drei Gastprofessoren und ein Assistenzprofessor permanent beschäftigt. Zur administrativen Betreuung war eine eigene Studienabteilung an der DA eingerichtet.

(2) Das Geschäftsfeld 2 „Spezialkurse und Seminare“ enthielt mehrwöchige, regelmäßig angebotene Seminare, aber auch einzelne Seminare zur diplomatischen Ausbildung (z.B. Sprachen, Protokoll, Etikette, Verhandlungstechnik, Landeskunde, EU-Präsidentschaftsvorbereitung etc.). Die Spezialkurse für Diplomaten und öffentlich Bedienstete aus Reformländern wurden v.a. mit Mitteln der Entwicklungszusammenarbeit finanziert.⁹ Das Geschäftsfeld 2 beinhaltete auch Ausbildungsmodule für Mitarbeiter des BMeiA sowie Concours-Vorbereitungskurse für Inländer. Für die Abwicklung der Spezialkurse und Seminare verfügte die DA neben dem angestellten Lehrpersonal über ein Repertoire von rd. 80 externen Vortragenden und eine eigene Verwaltungsabteilung.

Ein Schwerpunkt des Geschäftsfelds 2 lag in den Spezialkursen für junge Diplomaten und öffentlich Bedienstete aus den Regionen Südosteuropa, Afrika, Pazifik, Kaukasus sowie Naher Osten.

(3) Die DA führte eine Vielzahl öffentlicher Veranstaltungen v.a. im eigenen Haus durch (Geschäftsfeld 3). Je nach Thema und inhaltlicher Beteiligung unterschied sie dabei zwischen Eigenveranstaltungen, Mit- bzw. Co-Veranstaltungen und reinen Mietveranstaltungen. Das frühere Geschäftsfeld „Publikationen“ zur Erstellung von Publikationen („Favorita Papers“) und Jahrbüchern löste die DA nach dem Jahr 2009 auf.

(4) Die DA vermietete an Studierende und Seminarteilnehmer eigene Zimmer im Haus (Campus-Charakter). Sie betrieb eine eigene Küche und bot gegen Bezahlung ein Inhouse-Catering bei allen Kursen und Lehrgängen an.

⁸ Die Lehrgänge und Veranstaltungen umfassten die Fachbereiche Geschichte, internationale Beziehungen und Politik, internationale Wirtschaft, internationales Recht und Europarecht sowie Fremdsprachenausbildung, Vermittlung von speziellen Fähigkeiten und Persönlichkeitsentwicklung für internationale Berufe, Vermittlung von Kenntnissen über Österreich und in den Bereichen der internationalen Kultur, Wissenschafts- und Technologiebeziehungen.

⁹ von der Austrian Development Agency (ADA) bereitgestellt



Leistungen der Diplomatischen Akademie Wien

4.2 Der RH erachtete die Aufteilung in drei Geschäftsfelder sowie die weiteren Untergliederungen als zweckmäßig und geeignet, das Leistungsangebot der DA darzustellen.

Er wies darauf hin, dass das Masterprogramm MAIS im Studienjahr 2010/11 mit insgesamt 102 Absolventen der größte und wichtigste Lehrgang im Rahmen der Kernaufgabe der DA (Durchführung der postgradualen Lehrgänge) war. Im Veranstaltungsbereich konnte sich die DA zu einem anerkannten Kompetenzzentrum insbesondere für internationale Themen etablieren.

Kooperationen und Wettbewerb

5.1 Die DA bot eine Reihe von Leistungen in Kooperation mit anderen Einrichtungen bzw. Rechtsträgern an:

- MAIS-Lehrgang in Kooperation mit der Universität Wien,
- ETIA-Lehrgang in Kooperation mit der Technischen Universität Wien,
- Sommerkurs Deutsch in Kooperation mit dem Institut Deutsch als Fremdsprache der Universität Wien,
- Kooperationen mit einigen ausländischen Universitäten (Gastprofessuren, Vernetzung, gemeinsame Projekte) und Internationalen Organisationen, sowie
- Zusammenarbeit mit dem BMiA u.a. im Veranstaltungsbereich (z.B. Kultur-Dialog-Konferenzen, Vernetzungstreffen, Veranstaltungsreihen und Konferenzen) sowie im Rahmen von Diplomataustauschprogrammen.

Kooperationen mit international tätigen Unternehmen lagen – obwohl bereits im Jahr 2007 im Unternehmenskonzept vorgesehen – bis Jänner 2012 nicht vor.

5.2 Der RH empfahl der DA, ihre Bemühungen zum Abschluss von Kooperationen mit international tätigen Unternehmen, auch in Hinblick auf eine Unterstützung bei der Vermittlung der Absolventen, zu verstärken.

5.3 Laut Stellungnahme der DA werde sie ihre Bemühungen, weitere Kooperationen mit internationalen Unternehmen einzugehen, fortsetzen. Die DA verwies jedoch auf das Vorurteil, vorrangig „eine Ausbildungsstätte für den öffentlichen Dienst“ zu sein, was sich mitunter



Leistungen der
Diplomatischen Akademie Wien

BMeiA

Diplomatische Akademie Wien

negativ auf das Engagement privatwirtschaftlicher Unternehmen auswirke. Ähnlich wirke sich die Tatsache aus, dass nur 21 % der Studenten an der DA aufgrund deren multidisziplinärer Ausrichtung wirtschaftswissenschaftliche Vorstudien absolviert hätten. Daher würden hauptsächlich staatsnahe Unternehmen Kooperationen mit der DA eingehen und Stipendien finanzieren.

5.4 Der RH entgegnete, dass die DA bereits im Unternehmenskonzept aus 2007 Kooperationen mit international tätigen Unternehmen angestrebt hatte. Er hielt daher seine Empfehlung aufrecht, Bemühungen zum Abschluss von Kooperationen mit international tätigen Unternehmen zu verstärken.

Bewerberzahlen

6.1 Die DA stand international in Konkurrenz mit anderen Anbietern postgradualer Lehrgänge mit ähnlichen Inhalten. Wichtige Erfolgsindikatoren für die DA waren daher insbesondere die Bewerberzahlen für die Lehrgänge und die Behalterate (Anteil Zusagen nach Anmeldung).

Tabelle 3: Entwicklung der Bewerbungen/Behalterate

Lehrgang	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011
	Bewerbungen/Behalterate Anzahl			
Diplomlehrgang	82/36	106/34	108/34	90/32
MAIS 1	176/51	214/44	242/50	287/47
MAIS 2	109/36	128/43	102/43	134/55
ETIA	25/10	65/14	62/22	79/18

Quellen: DA, RH

Bezüglich des ETIA-Lehrgangs strebte die DA 25 Lehrgangsplätze je Studienjahr an. Dieses Ziel erreichte die DA zwischen 2007/08 und 2010/11 in keinem Studienjahr.

6.2 Der RH anerkannte die gestiegenen Bewerberzahlen bei den angebotenen Lehrgängen (MAIS und ETIA). Aufgrund der niedrigen Behalterate des ETIA-Lehrgangs 2010/11 und der nicht erreichten Zielsetzung von 25 Lehrgangsplätzen empfahl er der DA, den ETIA-Lehrgang hinsichtlich seiner Attraktivität im internationalen Vergleich zu evaluieren.



Leistungen der Diplomatischen Akademie Wien

6.3 Die DA wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass der RH zwar empfohlen habe, den ETIA-Lehrgang zu evaluieren, gleichzeitig aber die gestiegene Bewerberzahl anerkannt habe. Die Attraktivität des ETIA-Lehrgangs zeige sich laut DA insbesondere an den gestiegenen Bewerberzahlen. Die niedrige Behalterate resultiere daraus, dass die Technische Universität Wien im Gegensatz zur DA keine Finanzierungsmöglichkeit der Studiengebühren biete, weshalb es für Studierende aus dem Ausland schwierig sei, das Studienjahr an der Technischen Universität Wien zu finanzieren. Die DA werde sich daher um eine Neuorientierung der ETIA-Stipendien bemühen.

Zu der Kritik des RH hinsichtlich der nicht erreichten Zielsetzung von 25 Lehrgangsplätzen beim ETIA-Lehrgang entgegnete die DA, dass dies eine Maximalzahl darstelle und fehlende ETIA-Studienplätze durch MAIS-Studienplätze aufgefüllt würden. Die Mindestteilnehmerzahl liege bei 16 Studienplätzen. Deshalb gebe es für die DA auch keine negativen wirtschaftlichen Auswirkungen bei einer Behalterate von unter 25 Studienplätzen im ETIA-Lehrgang, weil im Budget von einer Gesamt-Bewerberzahl ETIA, MAIS und Diplomlehrgang ausgegangen werde.

6.4 Der RH wies darauf hin, dass die Bewerberzahlen für den ETIA-Lehrgang zwar gestiegen waren, die Behalterate jedoch weiterhin niedrig war. Auch konnte die DA die von ihr angestrebte Zielsetzung von 25 Lehrgangsteilnehmern beim ETIA-Lehrgang nicht erreichen. Überdies wurde in den Jahren 2007/08 und 2008/09 auch die Mindestteilnehmerzahl von 16 besetzten Studienplätzen beim ETIA-Lehrgang nicht erreicht. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung, den ETIA-Lehrgang hinsichtlich seiner Attraktivität im internationalen Vergleich zu evaluieren.



BMeiA

Leistungen der
Diplomatischen Akademie Wien

Diplomatische Akademie Wien

Aus- und Fortbil-
dungsleistungen für
das BMeiA

7.1 Bei der Aus- und Fortbildung öffentlich Bediensteter, v.a. des BMeiA und anderer Bundesministerien, stand die DA in Konkurrenz zur Verwaltungsakademie des Bundes, die ihre Kurse im Gegensatz zur DA unentgeltlich anbot.

Die Anzahl der von der DA durchgeführten Aus- und Fortbildungs-
module für das BMeiA zeigt nachfolgende Aufstellung:

Tabelle 4: Von der DA durchgeführte Aus- und Fortbildungsmodule für das BMeiA					
	2007¹	2008	2009	2010	2011
Anzahl					
Ausbildungsmodul	8	7	8	-	4
in Schulungstagen	16	10	11	-	6
in EUR					
verrechnete Kosten	12.052	25.282	30.944	-	16.050

¹ inkl. ein zweitägiges Modul im Dezember 2006

Quelle: DA

Im Jahr 2011 führte das BMeiA darüber hinaus elf Module hausintern durch und vergab vier Module an die Verwaltungsakademie des Bundes. Schulungen von Führungskräften fanden nur vereinzelt statt.

7.2 Der RH wies darauf hin, dass das DAK-Gesetz 1996 als Aufgabe der DA vorgesehen hatte, die Schulung von Führungskräften sowie die Ausbildung und berufsbegleitende Fortbildung von Bediensteten des BMeiA zu unterstützen und sich die DA selbst das Ziel eines möglichst großen Beitrags zur Diplomatenausbildung und -fortbildung gesetzt hatte. Diese Vorgaben wurden nicht ausreichend umgesetzt.

Der RH empfahl daher der DA, die Ziele betreffend die Aus- und Fortbildung öffentlich Bediensteter zu evaluieren und neu zu definieren.

7.3 Laut *Stellungnahme der DA* werde sie die Ziele betreffend Aus- und auch Fortbildung öffentlich Bediensteter evaluieren und gegebenenfalls neu definieren. Gespräche dazu fänden bereits statt. In diesem Zusammenhang seien auch die Entwicklungen zur Gründung einer „gemeinsamen Verwaltungshochschule des Bundes“ abzuwarten.

Leistungen der Diplomatischen Akademie Wien

Die geringe Nutzung der DA für die Aus- und Fortbildung durch das BMiA resultiere daraus, dass es angesichts der Sparmaßnahmen und mangels Préalable (Aufnahmeprüfung in das BMiA) Jahre gebe, in denen keine Neuaufnahmen im BMiA stattfänden, weshalb auch keine Grundausbildungsmodule stattgefunden hätten.

7.4 Der RH bekräftigte, dass es gerade angesichts der geringen Nutzung der DA für die Aus- und Fortbildung durch das BMiA unumgänglich ist, dass die DA ihre Ziele betreffend die Aus- und Fortbildung öffentlich Bediensteter evaluiert und neu definiert.

Aufnahme in den diplomatischen Dienst im BMiA

8.1 Der positive Abschluss der angebotenen Lehrgänge (z.B. Diplomlehrgang, seit der Dienstrechtsnovelle BGBl. I Nr. 140/2011 auch die Lehrgänge MAIS und ETLA) ersetzte weder die Aufnahmeprüfung in das BMiA („Préalable“) noch Teile der Grundausbildung für den diplomatischen Dienst. Absolventen anderer Studien als der Rechts-, Sozial- und Wirtschafts- sowie Politikwissenschaften konnten sich beim BMiA jedoch nur mit einem positiven Abschluss des Diplomlehrgangs um Aufnahme bewerben.

Von den durchschnittlich rd. 20 inländischen Absolventen des Diplomlehrgangs¹⁰ nahm das BMiA in den Jahren 2007 bis 2011 durchschnittlich nur knapp fünf¹¹ Absolventen jährlich in den diplomatischen Dienst auf. Die Anzahl der Teilnehmer des Diplomlehrgangs insgesamt (Inländer und Ausländer) verringerte sich im Zeitraum von 2007/08 bis 2011/12 von 36 auf 28 Personen.

8.2 Der RH verwies auf den geringen Anteil inländischer Absolventen der DA-Lehrgänge, die in eine diplomatische Laufbahn im BMiA eintraten.

Er empfahl daher der DA, den Diplomlehrgang hinsichtlich Inhalt und Umfang zu evaluieren und gegebenenfalls im Rahmen eines Masterprogramms in der Bologna-Struktur anzubieten.

8.3 Laut Stellungnahme der DA werde sie den Diplomlehrgang unter Einbindung des BMiA und des Kuratoriums evaluieren.

¹⁰ von durchschnittlich rd. 34 Absolventen pro Studienjahr

¹¹ erfolgreiche Ablegung des Préalable

Finanzierung der Diplomatischen Akademie Wien**Öffentliche Mittel**

9.1 (1) Von den Erträgen der DA¹² im Jahr 2011 in Höhe von insgesamt rd. 4,99 Mio. EUR entfielen rd. 2,06 Mio. EUR auf den Erhaltungsbeitrag des Bundes, rd. 2,50 Mio. EUR auf den Lehrbetrieb, 326.381 EUR auf Veranstaltungen sowie 112.752 EUR auf sonstige Einnahmen und Erträge.¹³

An Bundesmitteln erhielt die DA vom BMeiA über den jährlichen Erhaltungsbeitrag des Bundes hinaus auch Aufwendungen ersetzt (z.B. Personalausgaben, Betriebskosten). Weiters stellte die ADA Projektfördergelder (aus Mitteln der Entwicklungszusammenarbeit) für die Abhaltung von Seminaren, für die Gewährung von Stipendien und für Veranstaltungen zur Verfügung.

Aufgrund eines Vertrags der Republik Österreich mit der Theresianischen Akademie aus dem Jahr 1963 bezahlte die DA keine Miete für die von ihr genutzte Fläche von insgesamt rd. 5.000 m².

¹² lt. Jahreserfolgsrechnung der DA 2011

¹³ z.B. Refundierungen Fremdmieten, Personal BMeiA



Finanzierung der Diplomatischen Akademie Wien

Tabelle 5: Öffentliche Mittel nach Herkunft (inklusive Zahlungen für Leistungen)

	2007	2008	2009	2010	2011
	in EUR				
Summe öffentliche Mittel¹	2.669.710,33	2.664.745,63	3.228.315,33	3.278.282,97	3.036.050,86
<i>davon</i>					
Erhaltungsbeitrag des Bundes (BMeiA)	2.055.000,00 (77,0 %)	2.055.000,00 (77,1 %)	2.055.000,00 (63,7 %)	2.055.000,00 (62,7 %)	2.055.000,00 (67,7 %)
Sonstige öffentliche Mittel ²	614.710,33 (23,0 %)	609.745,63 (22,8 %)	1.173.315,33 (36,3 %)	1.223.282,97 (37,3 %)	981.050,86 (32,3 %)
<i>davon</i>					
Austrian Development Agency (ADA)	312.605,00 (50,9 %)	335.583,17 (55,0 %)	915.159,34 (78,0 %)	927.110,10 (75,8 %)	767.110,10 (78,2 %)
BMeiA	200.193,47 (32,6 %)	157.707,08 (26,0 %)	154.455,97 (13,2 %)	199.427,98 (16,3 %)	124.041,21 (12,6 %)
Sonstige Bundesministerien	24.156,34 (3,9 %)	33.514,00 (5,5 %)	11.003,20 (0,9 %)	13.201,18 (1,1 %)	10.712,00 (1,1 %)
Land Wien	-	4.878,18 (0,8 %)	-	4.410,00 (0,4 %)	-
Sonstige Einrichtungen des Bundes	-	-	6.991,00 (0,6 %)	-	-
Stipendienfonds der Diplomatischen Akademie	77.755,52 (12,6 %)	78.063,20 (12,8 %)	85.705,82 (7,3 %)	79.133,71 (6,5 %)	79.187,55 (8,1 %)

¹ überwiesene Beträge an Fördergeldern, Vergütungen für Aufwendungen oder Zahlungen für Leistungen (Veranstaltungen, Seminare, Studiengebühren)

² ohne Stipendien öffentlicher Unternehmen und EU-Mittel

Quellen: DA, RH

(2) Gemäß den erläuternden Bemerkungen zum DAK-Gesetz 1996 trug der Erhaltungsbeitrag des Bundes dem öffentlichen Interesse (den außenpolitischen Zielen) an der Ausbildungstätigkeit der DA Rechnung. Seine Höhe sollte sich an der Kostendeckung der DA orientieren.¹⁴

Weder das DAK-Gesetz 1996, noch das BMeiA (im Rahmen entsprechender Budgetrichtlinien) koppelten die Höhe des Erhaltungsbeitrags des Bundes konkret an den wirtschaftlichen Erfolg der DA insgesamt oder einzelner Geschäftsfelder. Auch eine Anpassung des Erhaltungsbeitrags bei Budgetkürzungen im Bereich des BMeiA (Budgetbindung) war nicht vorgesehen.

¹⁴ Der Erhaltungsbeitrag des Bundes wurde gemäß den Erläuterungen zum DAK-Gesetz 1996 mit rd. 2,2 Mio. EUR im ersten Jahr und maximaler Steigerung von 3,4 % gemäß den damaligen Budgetrichtlinien festgesetzt. Ziel war es jedoch, durch zusätzliche Einnahmen der DA mittel- und langfristig eine Unterschreitung dieses Ansatzes zu erreichen.



Seit dem Jahr 2002 blieb der Erhaltungsbeitrag des Bundes an die DA mit jährlich 2.055.000 EUR unverändert. Der Eigenfinanzierungsgrad (Erlöse minus Erhaltungsbeitrag) der DA stieg von 45,6 % im Jahr 2006 auf 60,2 % im Jahr 2011.

- 9.2** Der RH stellte fest, dass das BMiA der DA keine konkreten Ziele für die Aufgabenerfüllung in Hinblick auf die eingesetzten Bundesmittel vorgab und eine Evaluierung des Mitteleinsatzes fehlte.

Nach Ansicht des RH waren die Bedingungen für die Zuerkennung des Erhaltungsbeitrags des Bundes unzureichend konkretisiert. Im Sinne der Ausgliederungsziele empfahl der RH dem BMiA, den Erhaltungsbeitrag und sonstige Leistungen des BMiA an die DA mit konkreten Zielvorgaben zu verbinden und die Zielerreichung regelmäßig zu evaluieren.

- 9.3** Laut *Stellungnahme des BMiA ergebe sich die Zielvorgabe für den Erhaltungsbeitrag des Bundes (wahrgenommen durch das BMiA) aus den im DAK-Gesetz 1996 normierten Aufgaben. Als Grundlage für die konkrete Ausgestaltung der Ziele würden u.a. das Strategie- und Unternehmenskonzept, der Bericht des Direktors, die Budgetvorschau und die Planbilanz dienen. „Sonstige Leistungen“ des BMiA stünden immer in Zusammenhang mit einem konkreten Projekt (z.B. Ausbildungsmodule). Die empfohlene konkrete Zielvorgabe sei in diesen Fällen integraler Bestandteil der Projektausschreibung, die Zielerreichung werde standardmäßig evaluiert.*

- 9.4** Der RH entgegnete, dass das BMiA der DA keine konkreten Ziele für die Aufgabenerfüllung in Hinblick auf die eingesetzten Bundesmittel (Erhaltungsbeitrag des Bundes und sonstige Leistungen) vorgegeben hatte und der Erhaltungsbeitrag des Bundes unabhängig von konkreten Zielvereinbarungen jährlich in gleicher Höhe ausbezahlt wurde. Der RH hielt daher seine Empfehlung aufrecht, den Erhaltungsbeitrag und sonstige Leistungen des BMiA an die DA mit konkreten Zielvorgaben zu verbinden und die Zielerreichung regelmäßig zu evaluieren.

- 10.1** Gemäß den erläuternden Bemerkungen zum DAK-Gesetz 1996 war Ziel der Ausgliederung der DA, neben der Flexibilisierung des Bildungsangebots zusätzliche Einnahmequellen – wie etwa Mittel der EU oder Internationaler Organisationen – zu erschließen und die Effizienz der Verwaltung der DA zu erhöhen. Die DA setzte sich zudem in dem auf drei Jahre fortgeschriebenen Unternehmenskonzept 2008 (Strategiepapier 2011) das Ziel, sich als Aus- und Weiterbildungsstätte für diplomatische Dienste so weit wie möglich auf kommerzieller Basis ohne



Finanzierung der Diplomatischen Akademie Wien

Leistungen der Entwicklungszusammenarbeit und unter Nutzung von Mitteln der EU zu etablieren.

Bis auf eine einmalige Co-Finanzierung der EU in Höhe von 25.000 EUR führte die DA dem RH gegenüber keine Mittel der EU oder Internationaler Organisationen an. Zudem lagen bis Jänner 2012 keine Kooperationen mit international tätigen Unternehmen vor (vgl. TZ 5). An Spenden wies die DA im Jahr 2010 insgesamt 650 EUR aus.

10.2 Der RH hielt fest, dass die DA das Ziel der Ausgliederung, verstärkt zusätzliche Einnahmen aus Mitteln Internationaler Organisationen zu erschließen, nicht erreichen konnte.

10.3 *In ihrer Stellungnahme wies die DA darauf hin, dass es sich bei dem Strategiepapier aus 2008 um eine 3-Jahresvorschau gehandelt habe, so dass mitunter Änderungen aufgrund unvorhersehbarer Entwicklungen erforderlich sein könnten. In dem vom RH beanstandeten Fall sei das Ausgliederungsziel anlässlich der österreichischen Kandidatur für einen nicht-ständigen Sitz im Sicherheitsrat abgeändert worden, weil auf Ersuchen des BMF A Ausbildungskurse für jene Länder, die für Österreich stimmten, durchgeführt worden seien. Diese Spezialkurse seien ein äußerst wichtiges Instrument der österreichischen Außenpolitik und würden wegen ihres Erfolgs fortgesetzt werden.*

Zur Nutzung von Mitteln der EU merkte die DA an, dass es ihr aufgrund der generell sehr hohen Haftungssummen und den geforderten Trainingskapazitäten kaum möglich gewesen sei, im Rahmen eines Konsortiums „formell“ an Ausschreibungen von EU-Projekten teilzunehmen. In den Jahren 2011 und 2012 habe die DA insgesamt vier Trainingsseminare bzw. Module für Internationale Organisationen bzw. ausländische Institutionen geplant bzw. durchgeführt.

Ausweis öffentlicher Mittel

11.1 Die DA hatte ihre Gebarung und Rechnungslegung nach den Grundsätzen eines ordentlichen Kaufmannes zu führen. Gemäß den anzuwendenden Rechnungslegungsvorschriften (Unternehmensgesetzbuch)¹⁵ war keine gesonderte Darstellung der überwiesenen öffentlichen Mittel im Jahresabschluss der DA vorgesehen.

¹⁵ dRGBI. S 219/1897, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 120/2005



In den Controllingberichten an das BMF¹⁶ hatte die DA jedoch die Ausgaben des Bundes gemäß DAK-Gesetz 1996 und die Zahlungen des Bundes für Lieferungen und Leistungen (Zahlungsströme) darzustellen. Dabei wurden die Zahlungsflüsse des Bundes an die DA teilweise unrichtig und unvollständig ausgewiesen:

- Die DA wies von 2007 bis 2010 nur die bereits verwendeten Mittel der ADA in Höhe von rd. 1,7 Mio. EUR aus, anstatt die tatsächlich erhaltenen rd. 2,5 Mio. EUR. Dieser Betrag enthielt sowohl direkte Abrechnungen von Veranstaltungen und Seminaren als auch pauschale Überweisungen von Projektraten auf Verrechnungskonten.
- Die Controllingberichte enthielten keine Leistungen des Stipendienfonds der Diplomatischen Akademie an die DA.

11.2 Der RH stellte fest, dass die Verwendung öffentlicher Mittel nicht ausreichend transparent dargestellt war.

**Betriebswirtschaft-
liche Führung
– Ergebnisse der
Kosten- und
Leistungsrechnung**

12.1 Im Rahmen der nach Studienjahren eingerichteten Kosten-Leistungsrechnung ermittelte die DA insbesondere die Deckungsgrade der einzelnen Geschäftsfelder.

Die DA legte keine Deckungsgradziele für die einzelnen Geschäftsfelder fest. Die ausgewiesenen Deckungsgrade stellten sich wie folgt dar:

¹⁶ Gemäß den Richtlinien für die einheitliche Einrichtung eines Planungs-, Informations- und Berichterstattungssystems des Bundes für das Beteiligungs- und Finanzcontrolling (Controlling-Richtlinien) waren Controllingberichte quartalsweise dem sachlich zuständigen Bundesministerium und dem BMF vorzulegen (BGBl. II Nr. 319/2002).

Betriebswirtschaftliche Führung – Ergebnisse der Kosten- und Leistungsrechnung

Tabelle 6: Entwicklung des Deckungsgrads je Geschäftsfeld (GF)¹

		2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011
		in %			
GF 1	Postgraduale Lehrgänge	55,5	47,9	55,1	55,6
	<i>davon</i>				
	<i>Diplomlehrgang</i>	36,0	46,0	54,6	54,4
	<i>MAIS 1</i>	71,0	54,4	61,6	59,7
	<i>MAIS 2</i>	44,0	45,0	48,0	54,2
	<i>ETIA</i>	–	40,3	55,4	52,1
GF 2	Spezialkurse und Seminare	84,7	80,7	82,3	89,4
	<i>davon</i>				
	<i>Spezialkurse</i>	82,1	82,2	83,6	93,0
	<i>Seminare und Sommerschulen</i>	83,3	77,8	80,8	85,7
GF 3 bzw. 4	Öffentliche Veranstaltungen	48,2	44,0	48,2	53,9
	<i>davon</i>				
	<i>Eigenveranstaltungen</i>	3,3	0,0	0,1	0,5
	<i>Mit-/Co-Veranstaltungen</i>	–	–	24,0	42,4
	<i>Mietveranstaltungen</i>	75,2	75,8	87,1	74,4
GF 3 ²	Publikationen	29,0	28,6	–	–

¹ GF 1 im Jahr 2007/08 ohne Zimmer und Küche, öffentliche Veranstaltungen mit Küche und ohne Zimmer; ansonsten gesamt inkl. Zimmer und Küche; Publikationen ohne Werbeartikel

² Das frühere Geschäftsfeld Publikationen löste die DA nach 2009 auf.

Quellen: DA, RH

(1) Der Deckungsgrad im Geschäftsfeld 1 (Postgraduale Lehrgänge) lag im Zeitraum 2007/08 bis 2010/11 mit Ausnahme 2008/09 relativ konstant, obwohl die DA im geprüften Zeitraum 2006/07 bis 2011/12 sowohl die Studiengebühren als auch die Anzahl der Studenten erhöhte. Die Werte lagen zwischen 47,9 % und 55,6 %.

Die Studiengebühr betrug im Studienjahr 2006/07 insgesamt 7.650 EUR (einheitlich für alle Lehrgänge) und stieg mit Ausnahme des ETIA-Lehrgangs¹⁷ auf 10.700 EUR im Studienjahr 2011/12 (39,9 % Steigerung). Die Anzahl der Studenten erhöhte sich im gleichen Zeitraum von insgesamt 116 auf 160. Die maximal möglichen Einnahmen aus Studiengebühren (ohne Berücksichtigung von Studiengebührenerlassen) stiegen daher von 887.400 EUR im Studienjahr 2006/07 auf 1.695.900 EUR im Studienjahr 2011/12.

¹⁷ Beim ETIA-Lehrgang verweigerte die Technische Universität Wien die Erhöhung der Studiengebühr ab 2010/11. Die Studiengebühr für den ETIA-Lehrgang betrug somit auch im Studienjahr 2011/12 insgesamt 10.000 EUR.

(2) Im Geschäftsfeld 2 (Spezialkurse und Seminare) konnte die DA den Deckungsgrad bei den Spezialkursen von 82,1 % auf 93 % und bei den Seminaren von 83,3 % auf 85,7 % steigern.

(3) Trotz des Ziels der DA im Geschäftsfeld 3 (öffentliche Veranstaltungen), bei den Mietveranstaltungen den Deckungsgrad der Vorjahre zu halten bzw. zu steigern, verringerte sich der Deckungsgrad geringfügig von 75,2 % auf 74,4 % (2007/08 bis 2010/11). Eigenveranstaltungen wiesen nahezu keine Einnahmen auf (0 bis 1 %); bei Mit-/Co-Veranstaltungen lag der Deckungsgrad im Studienjahr 2010/11 bei 42,4 %.

12.2 Der RH wies darauf hin, dass die DA zwar ihre Einnahmen aus Studiengebühren in einem Zeitraum von fünf Jahren fast verdoppelt hatte, kritisierte jedoch, dass der Deckungsgrad der Lehrgänge nahezu konstant blieb. Er verwies in diesem Zusammenhang auf die Steigerung der Personalkosten der Jahre 2007 bis 2011 (vgl. TZ 15). Das Ziel der DA, eine Verbesserung der Kostendeckungsquote zu erreichen, wurde daher nicht umgesetzt.

Darüber hinaus bemängelte der RH, dass die DA weder den Seminarbetrieb noch ihre Mietveranstaltungen kostendeckend durchführte.

Der RH empfahl der DA, für die einzelnen Geschäftsfelder entsprechend quantifizierte Deckungsgradziele festzulegen und bei mittelfristiger Nickerreichung der Ziele die Leistungen der Geschäftsfelder zu evaluieren.

12.3 Laut *Stellungnahme der DA fänden hinsichtlich der empfohlenen Festlegung von quantifizierten Deckungsgradzielen interne Gespräche und Überlegungen statt. Die Entwicklung des Deckungsgrads bei den Postgradualen Lehrgängen beurteilte die DA jedoch als äußerst positiv.*

12.4 Der RH wies neuerlich darauf hin, dass der Deckungsgrad im Geschäftsfeld 1 (Postgraduale Lehrgänge) im überprüften Zeitraum gemäß den von der DA bestätigten Werten nahezu konstant geblieben war, obwohl sich die Einnahmen aus Studiengebühren und die Anzahl der Studenten erhöhten.



Organisation und Personal

**Organe der
Diplomatischen
Akademie Wien**

13 Die gesetzlich eingerichteten Organe der DA waren das Kuratorium, der Direktor und die Studienkommission. Sie unterlagen der Aufsicht des Bundesministers für europäische und internationale Angelegenheiten.

Tabelle 7: Organe der DA gemäß DAK-Gesetz 1996

Organe	Erläuterung
Kuratorium	Das Kuratorium bestand aus dem Generalsekretär des BMiA und zehn weiteren Mitgliedern, die vom Bundesminister für europäische und internationale Angelegenheiten bestellt wurden. Die Funktionsperiode betrug sechs Jahre. Dem Kuratorium oblag insbesondere die Beschlussfassung über das Jahresbudget inkl. eines Finanz- und Investitionsplans sowie die Festsetzung von Richtlinien und Wertgrenzen für die Genehmigung dieser Vorhaben. Weiters genehmigte das Kuratorium den Rechnungsabschluss, beschloss Richtlinien für die Dienst- und Werkverträge des Personals sowie für die Studiengebühren für Lehrgänge und Veranstaltungen.
Direktor	Der Direktor leitete die DA und wurde für vier Jahre bestellt. Er war insbesondere zuständig für die Einrichtung der Lehrgänge und Höheren Lehrgänge, die Erstellung von Lehrplänen und von Richtlinien über die Zulassung zu und den Ausschluss von Studien sowie die Bestellung und Abberufung des wissenschaftlichen und sonstigen Personals und der Professoren nach Anhörung des Kuratoriums.
Studien- kommission	Die Studienkommission bestand aus dem vom wissenschaftlichen Personal gewählten Vorsitzenden sowie jeweils einem vom BMiA bzw. Kuratorium bestellten Mitglied und den Fachbereichsleitern. Zu ihrem Aufgabenbereich zählte insbesondere die Beratung des Direktors bei der Erstellung der Lehrpläne und der Auswahl des wissenschaftlichen Personals sowie bei Entscheidungen über die Zulassung zu und den Ausschluss von Studien.

Quelle: DAK-Gesetz 1996

**Zusammensetzung
der Direktion**

14.1 Die DA bestand zum Zeitpunkt der Gebarungsüberprüfung gemäß Organigramm aus:

- der Direktion (Direktor, Stellvertretender Direktor und Stabspersonal),
- dem wissenschaftlichen Personal (permanent und nicht permanent beschäftigte Professoren, Lehrende sowie nebenberuflich Vortragende) und
- der Verwaltung (Studien-, Seminar-, Finanzabteilung, Hausverwaltung inkl. Küchenbetrieb, Kanzlei/EDV).

Das DAK-Gesetz 1996 sah nicht nur die Bestellung eines Direktors, sondern auch die Bestellung eines Stellvertretenden Direktors für die DA vor. Gemäß den Materialien zum Gesetz galt die Bestellung eines



Stellvertretenden Direktors in der Praxis als unerlässlich für die ordnungsgemäße Führung der DA.

Im Dezember 2008 schlug der damalige Direktor unter Hinweis auf andere ausländische Institute vor, den Posten des Stellvertretenden Direktors einzusparen oder ihn durch einen bereits in der DA beschäftigten Professor zu ersetzen. Für die Unterstützung der Direktion zur betriebswirtschaftlichen Führung der DA erachtete er die Einstellung eines Controllers für zweckmäßig.¹⁸ Auf Basis der neu verteilten Aufgaben des Stellvertretenden Direktors errechnete der damalige Direktor ein Einsparungspotenzial in Höhe von rd. 109.000 EUR jährlich.

Der Vorschlag des damaligen Direktors wurde nur insofern umgesetzt, als ein externer Controller befristet beauftragt wurde.

Die Bezüge und Lohnnebenkosten des aus dem höheren auswärtigen Dienst des BMiA bestellten Direktors und seiner Stellvertreterin betrugen im Jahr 2011 insgesamt rd. 243.941 EUR.

14.2 Der RH empfahl dem BMiA, aus Wirtschaftlichkeitsgründen die Notwendigkeit eines Stellvertretenden Direktors auf Basis einer alternativen Aufgabenaufteilung in der DA zu prüfen und allenfalls auf eine Gesetzesänderung hinzuwirken.

14.3 *Laut Stellungnahme des BMiA sei der Vorschlag des damaligen Direktors Ende 2008 vom Kuratorium diskutiert, aber nicht weiterverfolgt worden. Im Jahr 2009 sei der Vorschlag vom Generalinspektor des BMiA nochmals geprüft worden. Dieser sei zum Schluss gekommen, dass die bestehende Struktur der DA – längerfristig betrachtet und unter der Annahme einer funktionierenden Kommunikationskultur innerhalb der DA – zweckmäßig und ausreichend sei. Überdies stehe der Stellvertretende Direktor seit 2009 auch einer Fachabteilung (für Geschäftsfeld 2: Spezialkurse und Seminare) vor, weshalb selbst bei Abschaffung der Funktion des „Stellvertretenden Direktors“ ein Leiter der Abteilung Spezialkurse und Seminare bestellt werden müsste, wodurch eine Einsparung nicht mehr gegeben wäre. Zudem sei die zeitliche Belastung des Direktors für die Vertretung der DA nach außen beachtlich und steige ständig. Die Direktion der DA werde daher nicht in Aussicht nehmen, eine gesetzliche Änderung herbeizuführen.*

¹⁸ Die dafür in Auftrag gegebene Analyse samt Verbesserungsvorschlägen für das Controllingsystem der DA (Jänner 2008 bis März 2009) kostete insgesamt 52.440 EUR.



Organisation und Personal

Personal

15.1 Zum 1. Jänner 2011 waren in der DA 40,4 Mitarbeiter (VBÄ) tätig.¹⁹

Tabelle 8: Personalkosten der DA

	2007	2008	2009	2010	2011
	in EUR				
Personalkosten	2.422.705,56	2.550.280,29	2.795.369,17	2.830.125,50	2.879.929,75
davon					
Direktion	385.975,56 (15,9 %)	325.196,26 (12,8 %)	420.383,59 (15,0 %)	388.113,55 (13,7 %)	378.967,17 (13,2 %)
Lehre	827.690,51 (34,2 %)	859.356,27 (33,7 %)	984.328,35 (35,2 %)	985.486,93 (34,8 %)	1.050.772,53 (36,5 %)
Verwaltung ¹	1.209.039,49 (49,9 %)	1.365.727,76 (53,6 %)	1.390.657,23 (49,7 %)	1.456.525,02 (51,5 %)	1.450.190,05 (50,4 %)

¹ Die Verwaltungskosten umfassten laut DA die Personalkosten für den Seminarbetrieb, für den Campus- und Eventbetrieb und für die Verwaltung der Postgradualen Lehrgänge.

Quelle: DA

Die Personalkosten der Mitarbeiter und der nebenberuflich Vortragenden betrugen im Jahr 2011 rd. 2,88 Mio. EUR. Davon entfielen rd. 1,05 Mio. EUR auf das Lehrpersonal²⁰ (36,5 %), rd. 380.000 EUR auf die Direktion (13,2 %) und rd. 1,45 Mio. EUR auf die einzelnen Verwaltungsabteilungen (50,4 %).

Innerhalb der DA entfielen knapp zwei Drittel des Personals auf die Verwaltungsabteilungen inkl. Hausverwaltung und Küche.

Tabelle 9: Personalstandszahlen der DA

	2007	2008	2009	2010	2011
	Anzahl (in VBÄ)				
Personalstand (jeweils zum 1. Jänner)	38,6	39,2	41,9	40,9	40,4
davon					
Direktion	5	4	5	5	4,7
Lehre	7	7	8	7	7,3
Verwaltung	26,6	28,2	28,9	28,9	28,4

Quelle: DA

¹⁹ ohne nebenberuflich Vortragende sowie nicht permanentes Lehrpersonal

²⁰ angestelltes Lehrpersonal und nebenberuflich tätiges Lehrpersonal



Organisation und Personal

Diplomatische Akademie Wien

15.2 Der RH wies darauf hin, dass zwei Drittel des Personals bzw. die Hälfte der Personalkosten auf die Verwaltung entfielen. Er empfahl der DA, die Struktur der Personalkosten insbesondere in Hinblick auf den hohen Anteil im Bereich der Verwaltungsabteilungen (inkl. Küchenbetrieb) zugunsten des Lehrbetriebs zu verbessern.

15.3 Laut *Stellungnahme der DA sei im Verwaltungsbereich bereits begonnen worden, die Personalkosten im Campus- und Eventbetrieb zu senken. Drei natürliche Personalabgänge (Pensionierungen) seien nicht nachbesetzt und im Gegenzug im Lehrbetrieb drei neue hauptberuflich tätige Vortragende (Postdoctoral Fellows) angestellt worden. Die Empfehlung des RH sei daher bereits zum Teil umgesetzt worden.*

Richtlinien für die Dienstverrichtung und Leistungsabgeltung – Entlohnungssystem

16.1 Für die nach der Ausgliederung 1996 neu aufgenommenen Mitarbeiter waren vom Kuratorium im Einvernehmen mit dem BMF genehmigte Richtlinien für die Dienstverrichtung und Leistungsabgeltung maßgeblich. Diese wurden im Mai 2008 vom Kuratorium neu gefasst.

Die Richtlinien enthielten für alle Funktionen Einreihungen in Verwendungs- und Entlohnungsgruppen. Überzahlungen im Ausmaß bis zu maximal fünf Gehaltsstufen waren möglich.

Obwohl die Mitarbeiter auf einen bestimmten Arbeitsplatz mit einem bestimmten Anforderungsprofil aufgenommen wurden, sahen die Richtlinien u.a. zusätzlich verschiedene Leitungs-, Sprachen-, Fachbereichs-, Direktionssekretariats- und Sachbereichszulagen vor. Alle vier angestellten Professoren erhielten im Jahr 2010 eine monatliche Fachbereichszulage in Höhe von je 1.348,14 EUR. Die Lehrbeauftragten für Englisch und Französisch erhielten Sprachenzulagen in Höhe von rd. 90 EUR monatlich; der überwiegende Teil der Mitarbeiter erhielt Sachbereichszulagen in Höhe von rd. 60 EUR bis 700 EUR pro Monat. Die Aufwendungen für die Zulagen beliefen sich im Jahr 2010 auf rd. 250.000 EUR und damit rd. 8,7 % (von insgesamt rd. 2,88 Mio. EUR) der Personalkosten. Bei den Grundbezügen waren zwei Mitarbeiter um fünf Stufen und elf Mitarbeiter um vier Stufen überzahlt.

16.2 Nach Ansicht des RH sollte durch die Einreichung der Mitarbeiter in eine bestimmte Verwendungsgruppe der übliche Tätigkeitsbereich der DA, der aufgrund der internationalen Ausrichtung des Dienstgebers auch Fremdsprachenkenntnisse erforderte, abgegolten sein.

Um die Schlüssigkeit des Entlohnungssystems zu gewährleisten und die Personalkosten zu verringern, empfahl der RH der DA, die allgemein gewährten Sprachen- und Sachbereichszulagen abzuschaffen



Organisation und Personal

und Zulagen grundsätzlich nur für besondere, zusätzliche Leistungen vorzusehen.

- 16.3** Laut *Stellungnahme der DA würden die Mitarbeiter der DA nicht nach ihrem Dienstalter, sondern nach ihrer Leistung entlohnt werden. Personalreduktionen und immer höhere Studentenzahlen bedeuteten für viele Mitarbeiter einen weit höheren Arbeitsaufwand, der mit größtem Engagement und Einsatz bewältigt werde. Deshalb sei der DA die Möglichkeit einer finanziellen Anerkennung ausgesprochen wichtig. Sachbereichszulagen würden differenziert eingesetzt werden.*
- 16.4** Der RH hielt seine Empfehlung aufrecht, allgemein gewährte Sprachen- und Sachbereichszulagen abzuschaffen und Zulagen grundsätzlich nur für besondere, zusätzliche Leistungen vorzusehen.

Küchenbetrieb

- 17.1** Die Personalkosten (Bezüge und Lohnnebenkosten) der Abteilung Hausverwaltung betrugen im Jahr 2011 insgesamt 773.514 EUR. Davon waren gemäß Kostenrechnung rd. 290.000 EUR dem Personaleinsatz für den hauseigenen Küchenbetrieb mit drei Köchen, Küchenhilfen und mehreren Teilzeitserviererinnen (ca. 6 VBÄ) zuzurechnen. Die Gesamtkosten des Küchenbetriebs der DA betragen im Studienjahr 2010/11 insgesamt 532.724 EUR. Dem standen Einnahmen in Höhe von 255.225 EUR (Kostendeckungsgrad von 47,9 %) gegenüber.²¹

Die DA bot im Rahmen ihres Küchenbetriebs Frühstückbuffets und verschiedene Mittagsmenüs an. Von den insgesamt 22.101 produzierten Mittagessen im Studienjahr 2010/11 wurde mehr als ein Drittel (34,2 %), insgesamt 7.552 Menüs, kostenfrei an das eigene Personal abgegeben.²² Das hausinterne kostenlose Mittagessen war als freiwillige Sozialleistung der DA gedacht, wurde jedoch bei Dienstantritt dem Dienstnehmer ohne Vorbehalt eines Widerspruchs mündlich zugesagt. Die Kosten für ein Personalessen betragen 14,65 EUR (Vollkosten) und waren für die Dienstnehmer steuerfrei. Der dafür erforderliche Aufwand (Waren- und Personaleinsatz) betrug in Summe 110.637 EUR.

²¹ Die DA schlug die Aufwendungen für die Personalessen dem Geschäftsfeld 1 (postgraduale Lehrgänge) zu und errechnete einen Kostendeckungsgrad von 20 %. In den Geschäftsfeldern 2 und 3 (Spezialkurse und Seminare, öffentliche Veranstaltungen) hingegen waren die Leistungen kostendeckend (Kostendeckungsgrad von 122 % bzw. 138 %).

²² Rund ein Viertel der Mittagessen (24,3 %) wurden im Rahmen von Mietveranstaltungen verkauft, 19,5 % der Essen im Rahmen der Spezialkurse und Seminare und insgesamt 3.720 Essen (16,8 %) an die Studenten im Rahmen der Lehrgänge.



- 17.2** Aufgrund der hohen Produktions- bzw. Personalkosten des hausinternen Küchenbetriebs empfahl der RH der DA, Möglichkeiten zur Kosten senkung zu prüfen und umzusetzen.

Weiters empfahl der RH, das den Mitarbeitern kostenlos zur Verfügung gestellte Personalessen an das ortsübliche Ausmaß anzupassen. Um arbeitsrechtlich die Freiwilligkeit der Sozialleistung zu bewahren, wäre ein Widerspruchsvorbehalt festzuhalten.

- 17.3** Laut *Stellungnahme der DA habe diese höchstes Interesse daran, die Empfehlung des RH umzusetzen und die Kosten des hausinternen Küchenbetriebs zu senken. Auch werde künftig in allen Dienstverträgen ein Widerspruchsvorbehalt festgeschrieben.*

Hinsichtlich der Empfehlung des RH, das den Mitarbeitern kostenlos zur Verfügung gestellte Personalessen an das ortsübliche Ausmaß anzupassen, entgegnete die DA, dass eine Fachfirma die Kosten für ein Personalessen im Jahr 2010/11 mit 5,10 EUR (Wareneinsatz plus anteilige Strom-, Gas- und Reinigungskosten) berechnet habe. Die Kosten für die Personalessen hätten sohin im Studienjahr 2010/11 38.515 EUR betragen.

- 17.4** Nach Ansicht des RH war für die transparente Ausweisung der Produktionskosten für Personalessen auch der Personaleinsatz zu berücksichtigen. Er hielt daher seine Feststellungen hinsichtlich der Kosten für ein Personalessen in Höhe von 14,65 EUR sowie seine Empfehlung, diese an das ortsübliche Ausmaß anzupassen, aufrecht.

Anmeldung und
Abrechnung von
Personal für das
BMeiA

- 18.1** Im August 1999 schloss der damalige Direktor der DA einen Vertrag mit dem BMeiA, wonach die DA als Auftragnehmerin Akten des BMeiA, die für die Übergabe an das Archiv der Republik vorgesehen waren, hinsichtlich der Freigabe oder Sperrung von Aktenteilen sichten sollte.²³ Die DA hatte dazu – in Absprache mit dem BMeiA – bis zu fünf Personen als freie Dienstnehmer zu beschäftigen. Vertraglich war zudem vereinbart, dass das BMeiA die Lohnkosten sowie eine Pauschalvergütung für den Verwaltungsaufwand an die DA refundierte.

Auf Grundlage des Vertrags aus 1999 beschäftigte die DA im Jahr 2011 insgesamt sieben freie Dienstnehmer in Teilzeit, die für das BMeiA tätig waren. Im Jahr 2011 beliefen sich die vom BMeiA an die DA refun dierten Kosten für die freien Dienstnehmer auf insgesamt 53.661 EUR.

²³ nach Richtlinien des BMeiA



Organisation und Personal

Aufgrund einer weiteren Vereinbarung der DA mit dem BMiA vom August 2011 stellte die DA im Jänner 2012 eine Dienstnehmerin ein, um sie dem BMiA zur Dienstleistung zuzuteilen.

Das BMiA teilte aufgrund der Erhebungen des RH im April 2012 mit, dass geplant sei, nach Erstellung eines neuen Konzepts für die gesetzlich vorgeschriebenen Skartierungs- und Aktenzuordnungsarbeiten in Zusammenarbeit mit der Internen Revision des BMiA (Generalinspektorat) die Bestellungsverhältnisse betreffend die Skartierungsarbeiten im Sommer 2012 aufzulösen. Der Vertrag mit der im Jänner 2012 von der DA angestellten, aber im BMiA tätigen Mitarbeiterin wurde im April 2012 mit Wirkung 16. Juli 2012 aufgelöst.

18.2 Nach Ansicht des RH sind Beschränkungen zur Personalaufnahme in Bundesministerien aufgrund von Deckelungen im Personalplan des Bundes nicht dadurch zu umgehen, dass Personal in aus gegliederten Einrichtungen zum alleinigen Zweck der Personalleihe angestellt und aus dem Sachaufwand von Bundesministerien refundiert wird.

Er empfahl der DA und dem BMiA, sicherzustellen, dass Personalanstellungen mit dem alleinigen Zweck der Personalleihe an das BMiA nicht durchgeführt werden.

18.3 Laut Stellungnahme der DA seien die betreffenden Dienstverhältnisse gelöst und Abmeldungen durchgeführt worden bzw. geplant. Weitere Personalanstellungen mit Personalleihe an das BMiA seien nicht vorgesehen.

Das BMiA teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es die Empfehlung des RH mit Jahreswechsel (2012/13) umsetzen werde.

Einrichtung einer Revision

19.1 In der DA fand vor 2007 keine Revision statt. Von November 2008 bis Juni 2009 fand eine Revision durch das Generalinspektorat des BMiA im Rahmen der gesetzlichen Aufsicht des Bundesministers für europäische und internationale Angelegenheiten²⁴ statt. Im Jahr 2011 erfolgte eine Revision der Studienabteilung durch jenes externe Unternehmen, das 2007 die Prüfung des Rechnungsabschlusses der DA erstellt hatte.

Die im Prüfbericht des Generalinspektorats des BMiA aus 2009 enthaltenen Maßnahmen waren teilweise – wie z.B. die Büroordnung, das Organisationshandbuch und das elektronische Aktensystem – bis Ende 2011 in der DA noch nicht umgesetzt. Die im Zuge der Revision

²⁴ § 26 DAK-Gesetz 1996



erstellten Wertgrenzen für Rechnungsfreigaben durch Mitarbeiter wurden nachträglich teilweise aufgehoben.

Im Dezember 2009 beschloss das Kuratorium Revisionsrichtlinien für die DA. Es waren nunmehr alle prüfungsrelevanten Bereiche der DA in einem Zyklus von fünf Jahren mindestens einmal zu prüfen. Vorgaben zur Vorgangsweise bei der Prüfungsplanung sowie zur Einbindung des Kuratoriums bei der Festlegung von Prüfthemen fehlten.

Der Bericht des externen Unternehmens aus 2011 kostete 13.800 EUR und stellte zwar einige Themen hinsichtlich der Zweckmäßigkeit der Arbeitsabläufe in der Studienabteilung zur Diskussion, enthielt aber keine konkreten Umsetzungsempfehlungen.

19.2 Der RH empfahl der DA, die Revisionsordnung insbesondere hinsichtlich der Einbindung des Kuratoriums bei der Festlegung von Prüfthemen zu überarbeiten und neu zu beschließen.

Er empfahl der DA auch sicherzustellen, dass Revisionen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden und bezüglich einer Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen zeitnah entschieden wird. Weiters empfahl er, Wertgrenzen für Rechnungsfreigaben für alle Mitarbeiter vorzusehen.

19.3 Laut *Stellungnahme der DA* werde sie die Revisionsordnung entsprechend der Empfehlung des RH überarbeiten und dem Kuratorium zur Beschlussfassung vorlegen. Auch werde die DA in regelmäßigen Abständen eine Revision durchführen und über die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen entscheiden.

Wertgrenzen für Rechnungsfreigaben seien auf Weisung des Direktors der DA nachträglich teilweise aufgehoben worden, um den administrativen Ablauf effizienter zu gestalten. Der Direktor sei jederzeit über die Honorarauszahlungen informiert gewesen. Alle Honorarzahlungen seien aktenmäßig festgehalten und vom Direktor unterfertigt worden. Die DA werde aber die Richtlinie betreffend Wertgrenzen überarbeiten und dem Kuratorium im Mai 2013 vorlegen.

Investitionen

Bauplanung und -durchführung

- 20.1** Die DA nutzte die insgesamt rd. 5.000 m² der Räumlichkeiten der Theresianischen Stiftung in Wien unentgeltlich bzw. zu einem reduzierten Mietzins von 5 EUR/m² (rd. 240 m²), hatte aber teilweise für die Instandhaltung der Räumlichkeiten aufzukommen.

Seit mindestens 18 Jahren beschäftigte die DA ein Architekturbüro durchgängig bei allen Bauplanungs- und -durchführungsleistungen.

Von 2007 bis 2010 wendete sie für Instandhaltungs- bzw. Instandsetzungsarbeiten (z.B. Umbau von Räumlichkeiten sowie Reparaturen und Wartungsarbeiten wie Ausmalen, Bodenverlegung, etc.) insgesamt rd. 1,2 Mio. EUR auf. Davon entfielen 139.672 EUR (12 %) auf Architektenleistungen. Von den im Jahr 2010 durchgeführten Umbauarbeiten in Höhe von 85.058 EUR (Baukosten einschließlich Sanierung von Außenfenstern) betrugen die Ausgaben für Architektenleistungen 17.945 EUR und somit rd. 21 %.

- 20.2** Der RH bemängelte, dass die DA seit 18 Jahren einen Architekten bei allen Bauplanungs- und -durchführungsleistungen beschäftigte. Vergleichsangebote zur Prüfung der Preisangemessenheit lagen nur zum Teil vor.

Nach Ansicht des RH hätte ein Teil der beauftragten Arbeiten auch ohne die Hilfeleistung eines Architekten erfolgen können. Der RH empfahl der DA, künftig vor der Beauftragung von Bauleistungen die Notwendigkeit von Architektenleistungen zu prüfen.

Er empfahl der DA weiters, für die Vergabe von Bauleistungen mögliche Synergien mit dem BMiA (eigene Bauabteilung) zu prüfen sowie grundsätzlich Vergleichsangebote zur Beurteilung der Preisangemessenheit einzuholen.

- 20.3** Laut *Stellungnahme der DA* sei die Beauftragung einer Fachfirma bei vielen Umbauten unumgänglich, weil die DA keine spezifischen Fachleute beschäftige. Sie werde jedoch der Empfehlung des RH nachkommen und vor der Beauftragung von Bauleistungen die Notwendigkeit von Architektenleistungen prüfen.

Weiters werde die DA Gespräche mit der zuständigen Abteilung des BMiA aufnehmen und mögliche Synergien für die Vergabe von Bauleistungen prüfen.