



KONTROLLAMT DER STADT WIEN
Rathausstraße 9
A-1082 Wien

Tel.: 01 4000 82829 Fax: 01 4000 99 82810
e-mail: post@kontrollamt.wien.gv.at
www.kontrollamt.wien.at
DVR: 0000191

KA - K-18/07

Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund",
Vergabe von Terminen für Elektivoperationen, insbeson-
dere für Implantationen von Hüft- bzw. Knieendoprothesen
und Kataraktoperationen an Patientinnen und Patienten in
den Krankenanstalten der Unternehmung "Wiener
Krankenanstaltenverbund"

Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV

vom 22. November 2007

KURZFASSUNG

Aus Anlass eines Prüfersuchens wurden die Kapazitäten und die Operationsleistungen der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund" (KAV) hinsichtlich Implantationen von Hüft(total)endoprothesen (H-TEP) und Knie(total)endoprothesen (K-TEP) sowie von Kataraktoperationen (Cat-OP) untersucht. Weitere Prüfungsschwerpunkte waren allfällige Unterschiede in der Planung dieser Eingriffe bei Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Gebührenklasse (AKL) bzw. der Sonderklasse (SKL) sowie die Erhebung von Wartezeiten auf diese Operationen (OP).

Im Betrachtungszeitraum der Jahre 2003 bis 2007 wurden in den orthopädischen Einrichtungen des KAV sowohl die Bettenkapazitäten als auch die Zahl der operativen Eingriffe erhöht. In den Einrichtungen für Augenheilkunde war auf Grund vermehrter tagesklinisch erbrachter Leistungen eine Reduzierung des Bettenangebotes bei gleichzeitiger Erhöhung der Zahl der operativen Eingriffe festzustellen. Beide Fachbereiche wiesen insgesamt einen niedrigen Anteil an Patientinnen und Patienten der SKL auf.

Zur besseren Auslastung der vorhandenen Kapazitäten wurde die weitere Ausdehnung der OP-Zeiten in Verbindung mit einer stärkeren Flexibilisierung der Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte empfohlen. Für den Fachbereich der Augenheilkunde wurde darüber hinaus der forcierte Ausbau der tagesklinischen Leistungserbringung als zweckmäßig und wirtschaftlich erachtet.

In den Einrichtungen für Orthopädie bzw. Augenheilkunde waren jeweils unterschiedliche Instrumentarien und Vorgangsweisen bei der Anmeldung bzw. Planung von Elektivoperationen (Elektiv-OP) für Patientinnen und Patienten der AKL bzw. der SKL festzustellen. Vom KAV wurde zeitgleich mit der Einschau schrittweise unternehmensweit ein EDV-System zur Erhöhung der Transparenz der Anmelde Listen für Elektiv-OP implementiert.

Die Wartezeiten auf Implantationen von H-TEP bzw. K-TEP sowie auf Cat-OP entwickelten sich im Betrachtungszeitraum insgesamt deutlich rückläufig. Für Patientinnen und Patienten der SKL lag die Wartezeit in der Mehrzahl der Einrichtungen unter jener für solche der AKL.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	7
1.1 Begriffsdefinitionen und Allgemeines.....	7
1.1.1 Implantationen von H-TEP und K-TEP	8
1.1.2 Cat-OP.....	8
1.1.3 Anteil der im KAV erbrachten OP am Wiener Leistungsspektrum	9
1.2 Rechtliche Grundlagen betreffend die AKL und die SKL	10
1.3 Patientinnen- und Patientenbeschwerden im Zusammenhang mit Wartezeiten auf OP	11
1.3.1 Beschwerden in Anstalten mit Einrichtungen für Orthopädie sowie für Augenheilkunde.....	12
1.3.2 Beschwerden in den übrigen Anstalten	12
2. Bettenkapazitäten.....	12
2.1 Planungsgrundlage für den stationären Bereich.....	13
2.2 Gegenüberstellung der Planbetten und systemisierten Betten.....	13
2.3 Feststellungen des Kontrollamtes.....	14
3. Bettensituation und Leistungszahlen	15
3.1 Bettensituation und Leistungszahlen in den orthopädischen Einrichtungen	16
3.1.1 Orthopädische Abteilung des DSP	16
3.1.2 Orthopädisches Zentrum des OWS.....	18
3.1.3 GER.....	21
3.1.4 Universitätsklinik für Orthopädie im AKH.....	23
3.1.5 Feststellungen des Kontrollamtes.....	25
3.2 Bettensituation und Leistungszahlen in den Einrichtungen für Augenheilkunde.....	27
3.2.1 Augenabteilung des DSP.....	27
3.2.2 Augenabteilung der KAR	29
3.2.3 Augenabteilung des KHR	31
3.2.4 Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH	32
3.2.5 Feststellungen des Kontrollamtes.....	35
4. Auslastung vorhandener Kapazitäten.....	37

4.1 Auslastung vorhandener Kapazitäten in den orthopädischen Einrichtungen	39
4.1.1 Anzahl der OP-Säle sowie OP-Zeiten in den orthopädischen Einrichtungen.....	39
4.1.2 Personalausstattung der orthopädischen Einrichtungen mit Ärztinnen und Ärzten sowie deren Dienstteilungen	42
4.1.3 Pflegedauer bei Implantationen von H-TEP und K-TEP	45
4.1.4 Feststellungen des Kontrollamtes.....	47
4.2 Auslastung vorhandener Kapazitäten in den Einrichtungen für Augenheilkunde.....	50
4.2.1 Anzahl der OP-Säle sowie OP-Zeiten in den Einrichtungen für Augenheilkunde .	50
4.2.2 Personalausstattung der Einrichtungen für Augenheilkunde mit Ärztinnen und Ärzten sowie deren Dienstteilungen	51
4.2.3 Pflegedauer bei Cat-OP.....	54
4.2.4 Feststellungen des Kontrollamtes.....	56
5. Planung von Elektiv-OP.....	59
5.1 OP-Planung in den orthopädischen Einrichtungen	59
5.1.1 Orthopädische Abteilung des DSP	59
5.1.2 Orthopädisches Zentrum des OWS.....	61
5.1.3 GER.....	62
5.1.4 Universitätsklinik für Orthopädie im AKH.....	64
5.1.5 Feststellungen des Kontrollamtes.....	66
5.2 OP-Planung in den Einrichtungen für Augenheilkunde.....	68
5.2.1 Augenabteilung des DSP.....	68
5.2.2 Augenabteilung der KAR	69
5.2.3 Augenabteilung des KHR	70
5.2.4 Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie des AKH	71
5.2.5 Feststellungen des Kontrollamtes.....	72
6. Dauer der Wartezeiten.....	73
6.1 Dauer der Wartezeiten in den orthopädischen Einrichtungen.....	75
6.1.1 Wartezeiten während der Einschau durch das Kontrollamt	75
6.1.2 Wartezeiten im Jahr 2007.....	77
6.1.3 Entwicklung der Wartezeiten in den Jahren 2003 bis 2006	78
6.1.4 Feststellungen des Kontrollamtes.....	80
6.2 Dauer der Wartezeiten in den Abteilungen für Augenheilkunde	81

6.2.1 Wartezeiten während der Prüfung durch das Kontrollamt	81
6.2.2 Wartezeiten im Jahr 2007	82
6.2.3 Entwicklung der Wartezeiten in den Jahren 2003 bis 2006	83
6.2.4 Feststellungen des Kontrollamtes	84
7. Plötzlich frei werdende OP-Termine und Mehrfachanmeldungen.....	85
7.1 Vorgangsweisen bei OP-Terminabsagen	85
7.1.1 Vorgangsweisen zur Vermeidung plötzlich frei werdender Kapazitäten in den orthopädischen Einrichtungen	86
7.1.2 Vorgangsweise zur Vermeidung plötzlich frei werdender Kapazitäten in den Einrichtungen für Augenheilkunde	86
7.2 Maßnahmen zur Vermeidung von Mehrfachanmeldungen	87
7.2.1 Erstellung einer Studie im Auftrag der Bereichsleitung für Strukturentwicklung ...	88
7.2.2 Einführung eines EDV-Systems für Anmeldungen auf geplante chirurgische Eingriffe im KAV	88
7.3 Feststellungen des Kontrollamtes.....	90
8. Prüfung durch die INR	91
8.1 Prüfauftrag, Durchführung und Schlussfolgerungen.....	91
8.2 Feststellungen des Kontrollamtes.....	93
Anhang	
ALLGEMEINE HINWEISE	94
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	95

PRÜFUNGSERGEBNIS

Die Gemeinderätinnen und Gemeinderäte Ingrid Korosec, Karin Praniess-Kastner, Günter Kenesei, Mag. Alexander Neuhuber und Andere richteten am 22. November 2007 ein Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a Wiener Stadtverfassung (WStV) an das Kontrollamt, die Gebarung des KAV rund um die Vergabe von Terminen für Elektiv-OP, insbesondere für Implantationen von H-TEP und K-TEP sowie Cat-OP an Patientinnen und Patienten der SKL bzw. der AKL auf die Ordnungsmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu überprüfen.

Das gegenständliche Prüfersuchen gliedert sich in drei Abschnitte, und zw. in

- den Abschnitt I "Kapazitäten und Operationsleistung des KAV" mit vier Fragen bzw. Fragengruppen,
- den Abschnitt II "Planung von Elektivoperationen in den Krankenanstalten des KAV" mit sechs Fragen bzw. Fragengruppen und
- den Abschnitt III "Prüfung durch die Interne Revision" mit vier Fragen.

Zum Abschnitt I wird im Prüfersuchen angeführt, dass die Zahl geleisteter OP, welche die Wartezeiten auf OP maßgeblich mitbestimme, von den vorhandenen Kapazitäten und ihrer optimalen Auslastung abhängen, wobei die Universitätsaugenklinik Graz die Wartezeit auf Cat-OP u.a. durch die Erhöhung der tagesklinisch durchgeführten Eingriffe deutlich gesenkt habe.

Im Zusammenhang mit dem Abschnitt II wird auf die Beantwortung einer Anfrage durch die amtsführende Stadträtin für Gesundheit und Soziales vom April 2007 verwiesen, gemäß der die Wartezeiten auf eine Implantation einer H-TEP sowie K-TEP in den Krankenanstalten des KAV maximal sechs Monate und auf eine Cat-OP zwei bis vier Monate betragen würden. Betroffene Patientinnen und Patienten würden von erheblich längeren Wartezeiten berichten, während Patientinnen und Patienten der SKL nur wenige Wochen auf einen OP-Termin warten müssten.

Einleitend zu den Fragen des Abschnittes III wird die im Rahmen einer Sitzung des Gesundheitsausschusses im Herbst 2006 erfolgte Ankündigung des Generaldirektors des KAV angeführt, die zu diesem Zeitpunkt immer wieder kolportierten Vorwürfe, für Patientinnen und Patienten der SKL wären die Wartezeiten auf Elektiv-OP erheblich kürzer als für die der AKL, durch die Stabsstelle Interne Revision (INR) prüfen zu lassen.

Die zur Abwicklung des Prüfersuchens erforderlichen Erhebungen erfolgten im ersten Halbjahr 2008.

Im nachstehenden Bericht wurden vom Kontrollamt einleitend Begriffsdefinitionen, allgemeine Aspekte bzgl. der H-TEP, der K-TEP und der Cat-OP, maßgebliche rechtliche Grundlagen sowie Patientinnen- und Patientenbeschwerden betreffend die Wartezeiten auf OP dargestellt. Daran anschließend wurde im Sinn der im Prüfersuchen vorliegenden Abschnitte auf die jeweiligen Einzelfragen eingegangen, wobei - soweit es zweckmäßig erschien - der Zeitraum der Jahre 2003 bis 2007 in die Betrachtung einbezogen wurde.

1. Einleitung

Nachstehend wurden die im Prüfersuchen angeführten Arten von chirurgischen Eingriffen kurz dargestellt sowie erläutert, in welchen Einrichtungen des KAV diese OP vorgenommen werden. Danach wurde auf die diesbezüglichen im KAV erbrachten Leistungen im Verhältnis zur Zahl der gegenständlichen chirurgischen Eingriffe in allen öffentlichen Wiener Fondskrankenanstalten sowie in weiterer Folge auf die rechtlichen Grundlagen im Zusammenhang mit der SKL und der AKL eingegangen. Schließlich wurden die Beschwerden, die hinsichtlich der Wartezeiten auf OP von Patientinnen und Patienten im Beschwerdemanagement des KAV dokumentiert waren, angeführt.

1.1 Begriffsdefinitionen und Allgemeines

Bei einer Elektiv-OP handelt es sich um einen geplanten Eingriff (Wahleingriff) bei nicht lebensbedrohlichen Krankheitsbildern, der zum gewählten Zeitpunkt bei optimalen Bedingungen für die Patientin bzw. den Patienten durchgeführt werden sollte.

1.1.1 Implantationen von H-TEP und K-TEP

1.1.1.1 Die Indikation zur Implantation einer H-TEP besteht bei einer starken Beschädigung des Hüftkopfes oder der Gelenkspfanne durch Verschleiß oder Trauma, jene zur Implantation einer K-TEP bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen des Kniegelenks. Gemäß den vom Kontrollamt durchgeführten Recherchen im Internet würde - abhängig vom Gesamtzustand der Patientin bzw. des Patienten - in der Regel etwa sieben bis zwölf Tage nach einer erfolgten Implantation einer H-TEP die Entlassung aus dem Spital erfolgen, im Zusammenhang mit der Implantation einer K-TEP seien grundsätzlich etwa zwölf bis 14 Tage stationäre Pflege üblich.

1.1.1.2 Im Betrachtungszeitraum erfolgten die gegenständlichen medizinischen Eingriffe bzgl. H-TEP und K-TEP im KAV bei geplanten OP in der Regel in der Orthopädischen Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrums Ost - Donauspital (DSP), im Orthopädischen Zentrum des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe - Otto Wagner-Spital (OWS), im Orthopädischen Krankenhaus Gersthof (GER) und an der Universitätsklinik für Orthopädie im Allgemeinen Krankenhaus - Universitätskliniken (AKH).

Darüber hinaus wurden derartige Eingriffe - üblicherweise im Zusammenhang mit einem Akutgeschehen wie etwa einem Oberschenkelhalsbruch - auch in unfallchirurgischen Abteilungen durchgeführt. Da es sich hierbei jedoch grundsätzlich um keine Elektiv-OP handelt, wurden diese operativen Leistungen nicht in die gegenständliche Prüfung einbezogen.

1.1.2 Cat-OP

1.1.2.1 Beim Katarakt (grauer Star) handelt es sich um eine Trübung der Augenlinse. Hauptsymptom ist ein langsamer, schmerzloser Sehverlust. Bei der Cat-OP wird die getrübe Augenlinse durch eine klare Kunstlinse ersetzt. Die Cat-OP gilt - wenn keine andere relevante Augenerkrankung vorliegt - als eine der effektivsten Behandlungen und als die häufigste OP der Medizin überhaupt.

Laut einer bereits im Sommer 2005 veröffentlichten Studie des Instituts für Höhere Studien würden in vielen Fällen Cat-OP ohne stationäre Aufnahme gleich effektiv wie im

Rahmen eines mehrtägigen Spitalsaufenthaltes durchgeführt werden können, aber deutlich weniger Kosten verursachen. Dieser Studie war auch zu entnehmen, dass im Jahr 2002 die mittlere Verweildauer im Spital bei der Behandlung von Katarakten in den Ländern der Europäischen Union (EU) durchschnittlich rd. zwei Tage betragen habe, während sie damals in Österreich bei etwa vier Tagen gelegen sei.

Angemerkt wurde dazu, dass Cat-OP grundsätzlich tageschirurgisch vorgenommen werden können, wobei in Krankenanstalten solche Eingriffe üblicherweise in so genannten Tageskliniken erfolgen. Die Ressourcen einer derartigen Einrichtung gestatten es, Patientinnen und Patienten über mehrere Stunden zu behandeln und zu betreuen.

Um in einer öffentlichen Krankenanstalt medizinische Einzelleistungen (MEL) tagesklinisch abrechnen zu können, sind eine Reihe von Voraussetzungen zu erfüllen, wobei u.a. tagesklinische Betten als Teil der systemisierten - also sanitätsbehördlich bewilligten - Betten zu führen sind. Bezogen auf ein tagesklinisches Bett kann auch mehr als eine Patientin bzw. ein Patient pro Tag behandelt und abgerechnet werden. Die in einer Tagesklinik zu erbringenden MEL werden im Rahmen der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) in Form von genehmigten Leistungspositionen festgelegt.

1.1.2.2 Cat-OP wurden im Betrachtungszeitraum in den Augenabteilungen des DSP, der Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik (KAR), des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (KHR) und nicht zuletzt an der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH durchgeführt.

1.1.3 Anteil der im KAV erbrachten OP am Wiener Leistungsspektrum

Die im gegenständlichen Prüfersuchen angeführten chirurgischen Eingriffe werden nicht nur in den bereits genannten Krankenanstalten des KAV sondern auch in anderen öffentlichen Krankenanstalten, die gemäß Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG) über den Wiener Gesundheitsfonds finanziert werden (Fondskrankenanstalten), vorgenommen.

Wie einer Auswertung des in der Magistratsabteilung 24 - Gesundheits- und Sozialplanung eingerichteten Wiener Gesundheitsfonds zu entnehmen war, wurden im Jahr 2007 im Zusammenhang mit Implantationen von H-TEP und K-TEP von allen Wiener Fondskrankenanstalten insgesamt mehr als 8.100 MEL abgerechnet, wobei rd. 3.900 dieser operativen Leistungen (also knapp die Hälfte) in den Spitälern des KAV (inkl. der in unfallchirurgischen Abteilungen vorgenommenen OP) erfolgten. Bezüglich der Cat-OP wurden im Jahr 2007 von allen Fondskrankenanstalten insgesamt über 16.600 MEL verrechnet; hievon betrug der Leistungsanteil der Krankenanstalten des KAV mit nahezu 9.200 OP mehr als die Hälfte aller MEL.

1.2 Rechtliche Grundlagen betreffend die AKL und die SKL

Die rechtlichen Bestimmungen hinsichtlich der beiden oben genannten Gebührenklassen sind den §§ 10, 26, 31, 32, 44 und 45 Wr. KAG zu entnehmen. Demnach muss in jeder öffentlichen Krankenanstalt eine AKL bestehen. In diese sind alle Personen aufzunehmen, die nicht in der SKL Aufnahme finden. Neben der AKL kann in öffentlichen Krankenanstalten eine SKL errichtet werden, wenn die Aufgliederung und Ausstattung der Räume der Krankenanstalt die Errichtung einer SKL ermöglichen. Die SKL ist für die Aufnahme von Personen bestimmt, die ihre Aufnahme in diese Klasse wünschen und auf Grund ihres Einkommens oder Vermögens in der Lage sind, die Pflegegebühren und die weiteren Entgelte der SKL zu entrichten. Patientinnen und Patienten der SKL sind von jenen der AKL räumlich getrennt unterzubringen, wobei aus medizinischen Gründen Ausnahmen zulässig sind. Die SKL hat durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen. Bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten ist in der Anstaltsordnung auch eine allfällige Gliederung in AKL und SKL festzulegen. Ebenso ist dem Wr. KAG zu entnehmen, dass in Krankenanstalten, denen das Öffentlichkeitsrecht verliehen worden ist, die Zahl der für die SKL bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereit stehenden Bettenzahl nicht übersteigen darf.

Mit den Pflegegebühren der AKL sind im Wesentlichen alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten. Ausgenommen hievon sind u.a. Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen

der Patientin bzw. des Patienten erbracht werden. Von Patientinnen und Patienten der SKL dürfen neben den Pflegegebühren die Anstaltsgebühr und das ärztliche Honorar verlangt werden. Während die Anstaltsgebühr von der Trägerin bzw. dem Träger der Krankenanstalt in Rechnung gestellt wird, sind im Sinn des Wr. KAG auch die Abteilungs- oder Institutsvorstände berechtigt, von den Patientinnen und Patienten der SKL ein mit ihnen zu vereinbarendes Honorar zu verlangen. Dasselbe gilt hinsichtlich des Honorars für Laboratoriums- oder Konsiliaruntersuchungen, Radium-, Röntgen- oder sonstige physikalische Behandlungen und für die Tätigkeit besonderer Fachärztinnen und -ärzte wie z.B. für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

1.3 Patientinnen- und Patientenbeschwerden im Zusammenhang mit Wartezeiten auf OP

Um einen Überblick über die Zahl der Beschwerden im Zusammenhang mit Wartezeiten auf OP zu erhalten sowie um zu erheben, ob diese Thematik auch andere medizinische Fachbereiche als die Orthopädie und die Augenheilkunde betraf, hat das Kontrollamt im Zuge seiner unmittelbaren Einschau in den in den Pkten. 1.1.1.2 und 1.1.2.2 angeführten Anstalten entsprechende Recherchen im Weg des jeweils dort eingerichteten Beschwerdemanagements gepflogen.

In den übrigen Anstalten des KAV erhob die Direktion der Teilunternehmung "Krankenanstalten der Stadt Wien" (TU 1) für das Kontrollamt die Anzahl der diesbezüglich im Betrachtungszeitraum eingelangten Beschwerden.

Da der KAV seit dem Jahr 2005 über ein elektronisch unterstütztes Beschwerdemanagementsystem verfügt, in dem alle Beschwerden, unabhängig davon, bei welcher Stelle innerhalb oder außerhalb (z.B. Magistratsdirektion) der Unternehmung sie einlangen, erfasst werden, wurde für die gegenständliche Erhebung der Zeitraum der Jahre 2005 bis 2007 gewählt.

Zu den nachstehenden Ausführungen war anzumerken, dass in den Jahren 2005 bis 2007 in den elf der Direktion der TU 1 unterstellten Krankenanstalten rd. 867.000 Patientinnen und Patienten stationär betreut und in diesem Zeitraum rd. 308.000

OP-Leistungen erbracht wurden. Im AKH lag die Zahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten im selben Zeitraum bei rd. 292.000 Personen und jene der in den OP erbrachten Leistungen bei rd. 151.000.

1.3.1 Beschwerden in Anstalten mit Einrichtungen für Orthopädie sowie für Augenheilkunde

Die Auswertungen der für das Beschwerdemanagement jeweils zuständigen Stellen ergaben, dass von den in die Prüfung einbezogenen Anstalten in vier sehr wenige und in einer Anstalt gar keine Beschwerden über lange Wartezeiten auf planbare OP vorlagen. Die vorliegenden Beschwerden betrafen in vier Fällen orthopädische Abteilungen, in einem Fall eine Augenabteilung und in fünf Fällen jeweils eine andere medizinische Fachabteilung.

Lediglich aus der vom AKH erstellten Auswertung war eine relativ höhere Zahl an diesbezüglichen Beschwerden entnehmbar, wobei sich im angeführten Zeitraum insgesamt 65 Patientinnen bzw. Patienten über die Wartezeit auf eine OP und 66 Personen über die Wartezeit auf ein freies Bett beschwert hatten. Diese Beschwerden verteilten sich auf insgesamt 17 Universitätskliniken. Bezüglich der Universitätsklinik für Orthopädie lagen jeweils acht Beschwerden über längere Wartezeiten auf OP-Termine sowie auf mangelnde freie Betten vor. Sieben Beschwerden betrafen die Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im Zusammenhang mit Wartezeiten auf OP, ein Fall bezog sich auf ein mangelndes freies Bett.

1.3.2 Beschwerden in den übrigen Anstalten

Die Erhebung durch die TU 1 in den übrigen Anstalten ergab, dass im Betrachtungszeitraum der Jahre 2005 bis 2007 zu der gegenständlichen Thematik lediglich im Kaiser-Franz-Josef-Spital einige Beschwerden verzeichnet waren. Diese betrafen in sieben Fällen die Chirurgische Abteilung, in vier Fällen die Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung und in drei Fällen die Neurologische Abteilung. Eine Beschwerde lag über die Wartezeit auf eine durch die Urologische Abteilung vorgenommene OP vor.

2. Bettenkapazitäten

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Frage des Prüfersuchens eingegangen:

Frage I/1: Erfüllt der Krankenanstaltenverbund die Kapazitätsvorgaben laut WKAP 2006 bzw. ÖSG hinsichtlich der Bettenanzahl der orthopädischen und der Augenabteilungen?

2.1 Planungsgrundlage für den stationären Bereich

Im Dezember 2005 löste der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2006 (ÖSG 2006) den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP) als verbindliche Planungsgrundlage für den stationären Akutbereich ab. Der ÖSG 2006 stellt nunmehr die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene im "stationären, ambulanten, Rehabilitations- und an den Nahtstellen zum Pflegebereich" dar. Die bisherigen Bettenobergrenzen pro Krankenanstalt wurden durch Richtwerte für stationäre Aufenthalte im Jahr 2010 pro MEL- bzw. Hauptdiagnosegruppe und pro Versorgungsregion bzw. Versorgungszone ersetzt. Die diesbezüglichen Detailplanungen für das Land Wien lagen zum Zeitpunkt der Prüfung durch das Kontrollamt noch nicht vor.

Mit Verordnung der Wiener Landesregierung vom 18. Mai 2006 wurde der Wiener Krankenanstaltenplan 2006 (WKAP 2006) erlassen. Dieser legt unter Bedachtnahme auf die gesetzlichen Vorgaben und die bestehenden Strukturen ein abgestuftes und bedarfsgerechtes Krankenhausversorgungssystem fest. Die im WKAP 2006 angeführten Standort- und Fächerstrukturen sowie die Bettenzahlen je Fachrichtung gelten als Obergrenzen und dürfen nicht überschritten werden. Die Angaben zu den Tagesklinik-Planbetten stellen Orientierungswerte für mögliche diesbezügliche Kapazitäten dar, die sich aus einer Analyse des Anteils an Tagesklinik-Patientinnen bzw. -Patienten in den betreffenden Fachabteilungen im Jahr 2000 ergaben.

2.2 Gegenüberstellung der Planbetten und systemisierten Betten

Wie bereits erwähnt, wurde bei der Erstellung des ÖSG 2006 von Bettenvorgaben für einzelne Krankenanstalten Abstand genommen. Daher wurden in der nachstehenden Tabelle die im WKAP 2006 enthaltenen Planbetten sowie die darin enthaltenen - extra ausgewiesenen - Tagesklinik-Planbetten je orthopädischer Einrichtung des KAV ausgewiesen. Diesen Zahlen wurden die systemisierten (also die sanitätsbehördlich bewilligten) Betten sowie die tagesklinischen Betten je Einrichtung für das Jahr 2007 gegenübergestellt:

	Orthopädische Einrichtungen im				Gesamt
	DSP	GER	OWS	AKH	
Planbetten WKAP 2006	52	126	120	74	372
davon Tagesklinik-Planbetten	1	0	1	2	4
Systemisierte Betten im Jahr 2007	52	125	120	70	367
davon tagesklinische Betten	0	0	8	0	8
Abweichung der systemisierten Betten im Jahr 2007 zu den Planbetten WKAP 2006	0	-1	0	-4	-5

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, waren in den orthopädischen Einrichtungen des KAV im Jahr 2007 insgesamt geringfügig weniger Betten systemisiert als im WKAP 2006 als Obergrenze für die Unternehmung festgelegt worden war.

Bezüglich der Einrichtungen für Augenheilkunde stellte sich die Situation wie folgt dar:

	Einrichtungen für Augenheilkunde im bzw. in der				Gesamt
	DSP	KAR	KHR	AKH	
Planbetten WKAP 2006	32	35	25	75	167
davon Tagesklinik-Planbetten	5	7	1	4	17
Systemisierte Betten im Jahr 2007	32	37	32	66	167
davon tagesklinische Betten	0	0	0	8	8
Abweichung der systemisierten Betten im Jahr 2007 zu den Planbetten WKAP 2006	0	2	7	-9	0

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass insgesamt in den Einrichtungen für Augenheilkunde des KAV die Zahl der systemisierten Betten der im WKAP 2006 festgelegten Obergrenze entsprach. Auffällig war, dass entgegen den Orientierungswerten im WKAP 2006 mit Ausnahme des AKH in keiner Anstalt tagesklinische Betten systemisiert waren.

2.3 Feststellungen des Kontrollamtes

Die für die Fachrichtung Orthopädie im KAV systemisierten Betten des Jahres 2007 unterschritten insgesamt geringfügig die Zahl der Planbetten des WKAP 2006. In der Fachrichtung Augenheilkunde entsprach die Zahl der systemisierten Betten unternehmensweit exakt den Vorgaben des WKAP 2006. Da es sich bei der Zahl der Planbetten des WKAP 2006 um Obergrenzen handelt, erfüllte der KAV nach Ansicht des Kontrollamtes mit der Anzahl der sanitätsbehördlich bewilligten Betten in beiden Fachrichtungen dessen Kapazitätsvorgaben.

Hinsichtlich der vom WKAP 2006 normierten Orientierungswerte von Tagesklinik-Planbetten waren im Jahr 2007 in beiden Fachrichtungen Abweichungen zu den systemisierten Tagesklinik-Betten festzustellen. Während die Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie bereits ab Jänner 2007 eine Tagesklinik in Vollbetrieb nahm und eine entsprechende Anzahl von Betten für diese Zwecke systemisierte, wurden in den Augenabteilungen der TU 1 im Betrachtungszeitraum zwar punktuell tagesklinische Leistungen erbracht, die sich aber noch nicht in einer Systemisierung von Tagesklinik-Betten niederschlugen. Zum Zeitpunkt der Einschau waren Bestrebungen erkennbar, diese Form der Leistungserbringung weiter auszubauen, worauf im gegenständlichen Bericht noch näher eingegangen wird (s. Pkt. 3.2).

Stellungnahme der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverband":

Bezüglich der Bettenzahlen der Augenabteilungen der KAR sowie des KHR wird ergänzt, dass mit 13. Oktober 2008 an der Augenabteilung der KAR 28 vollstationäre und acht tagesklinische Betten, also insgesamt 36 Betten, systemisiert sind. Im KHR ist die Führung der Abteilung für Augenheilkunde als reine Wochenklinik vorgesehen. In dieser wird ein großer Anteil der Cat-OP tagesklinisch durchgeführt werden.

3. Bettensituation und Leistungszahlen

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

Frage I/2: *Wie viele der oben genannten Operationen werden in den Krankenanstalten des KAV pro Abteilung, Jahr und Bett der Sonderklasse bzw. der Allgemeinen Klasse geplant durchgeführt? Wie sind etwaige Differenzen abgesehen von Kapazitätsunterschieden zu erklären?*

Frage I/3: *Wie viel Prozent der Kataraktoperationen werden in den Krankenanstalten des KAV tagesklinisch durchgeführt?*

Gemäß § 10 Abs. 1 Wr. KAG ist der innere Betrieb der Krankenanstalten von ihrer Rechtsträgerin bzw. ihrem -träger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Wie der ge-

genständlichen Bestimmung weiters zu entnehmen ist, hat diese bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten u.a. auch eine allfällige Gliederung in AKL und SKL zu enthalten.

Im Gegensatz dazu zeigte sich bei der Prüfung des Kontrollamtes, dass die zum Zeitpunkt der Einschau geltenden Anstaltsordnungen des KAV keine Gliederung der vorgehaltenen Betten in solche für Patientinnen und Patienten der AKL und der SKL enthielten.

Aus diesem Grund konnte das Kontrollamt bei der Beantwortung der gegenständlichen Frage aus dem Prüfersuchen die Zahl der durchgeführten prüfungsrelevanten OP nicht den vorgehaltenen Betten - getrennt nach solchen der AKL und der SKL - gegenüberstellen. Es war lediglich möglich, die in den einzelnen geprüften Einrichtungen gepflogene Praxis im Zusammenhang mit der Unterbringung solcher Versicherter in Erfahrung zu bringen.

Da die Kapazität bzgl. der im gegenständlichen Prüfersuchen angeführten OP in einem Gesamtzusammenhang mit den vorgehaltenen Betten und dem sonstigen fachspezifischen Leistungsgeschehen in den geprüften Einrichtungen betrachtet werden muss, wurde auch auf diese Aspekte in den folgenden Unterpunkten - bezogen auf die Entwicklung der Jahre 2003 bis 2007 - Bedacht genommen.

Grundlage für die nachstehenden Ausführungen bildeten von der Magistratsabteilung 24 vorgenommene Auswertungen bzgl. der Betten und deren Auslastung, während das übrige Zahlenmaterial im Hinblick auf Patientinnen und Patienten, Pflegetage, operative Leistungen etc. vom Geschäftsbereich Controlling und Berichtswesen der Generaldirektion (GED) des KAV stammte.

3.1 Bettensituation und Leistungszahlen in den orthopädischen Einrichtungen

3.1.1 Orthopädische Abteilung des DSP

3.1.1.1 Nachstehender Tabelle sind die in den Jahren 2003 bis 2007 in der Orthopädischen Abteilung des DSP vorgehaltenen systemisierten Betten sowie die tatsächlich

aufgestellten Betten (d.s. jene Betten, die im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren) und deren durchschnittliche Auslastung (bezogen auf die belegten Betten) zu entnehmen:

	2003	2004	2005	2006	2007
Systemisierte Betten	32	52	52	52	52
Tatsächlich aufgestellte Betten	33	45	50	48	51
Durchschnittliche Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten in %	92,7	90,2	88,6	88,7	87,8

Die Orthopädische Abteilung des DSP verfügte ursprünglich nur über eine Station mit 32 systemisierten Betten und wurde im Jahr 2004 um eine weitere Station mit 20 Betten aufgestockt.

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, lag die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten ab dem Jahr 2004 jährlich etwas unter jener der systemisierten Betten, die durchschnittliche Auslastung entwickelte sich auf hohem Niveau leicht rückläufig.

Der Orthopädischen Abteilung des DSP standen zum Zeitpunkt der Einschau insgesamt vier Einbettzimmer - also rd. 8 % der insgesamt 52 systemisierten Betten - zur Verfügung, die lt. Auskunft des Abteilungsvorstandes allerdings nicht nur für die Unterbringung von Patientinnen und Patienten der SKL sondern auch für solche der AKL bei entsprechender medizinischer Indikation genutzt würden. Darüber hinaus wäre es grundsätzlich möglich, im Bedarfsfall auch andere mit drei Betten ausgestattete Zimmer durch Nichtbelegung eines Bettes als SKL-Zimmer zu nutzen.

3.1.1.2 Die Entwicklung der Zahl der aus der stationären Pflege in diesem Zeitraum entlassenen Patientinnen bzw. Patienten und der Pflage tage (d.i. die Anzahl der Tage, die für eine stationäre Aufnahme inkl. Aufnahme- und Entlassungstag anfällt) stellte sich wie folgt dar:

	2003	2004	2005	2006	2007
Entlassene Patientinnen und Patienten	1.686	2.041	2.202	2.084	2.198
hievon in der SKL entlassene Patientinnen und Patienten	134	136	151	136	159
Anteil der in der SKL entlassenen Patientinnen und Patienten in %	7,9	6,7	6,9	6,5	7,2

	2003	2004	2005	2006	2007
Pflegetage insgesamt	12.795	16.690	18.485	17.693	18.853
hievon in der SKL	1.167	1.258	1.504	1.405	1.444
Anteil der Pflegetage in der SKL in %	9,1	7,5	8,1	7,9	7,7

Während sich die Pflegetage entsprechend dem im Betrachtungszeitraum vergrößerten Bettenangebot entwickelten, stieg sowohl die Zahl der insgesamt entlassenen Patientinnen und Patienten als auch jene der SKL nicht in diesem Ausmaß.

3.1.1.3 Die Entwicklung der von der gegenständlichen Abteilung in diesem Zeitraum erbrachten operativen Leistungen sowie der darin enthaltene Anteil an MEL im Zusammenhang mit Implantationen von H-TEP und K-TEP sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

	2003	2004	2005	2006	2007
Operative Leistungen insgesamt	1.962	2.336	2.427	2.375	2.411
hievon an Patientinnen und Patienten der SKL	174	175	185	152	196
Anteil dieser Leistungen in %	8,9	7,5	7,6	6,4	8,1
Implantationen von H-TEP und K-TEP	365	468	516	498	486
hievon Implantationen in der SKL	30	32	25	34	36
Anteil der Implantationen in der SKL in %	8,2	6,8	4,8	6,8	7,4

Die in der Orthopädischen Abteilung des DSP im Jahr 2007 im Vergleich zum Jahr 2003 erbrachten OP-Leistungen stiegen - nicht zuletzt bedingt durch die Aufstockung des verfügbaren Bettenangebotes - um rd. 23 % an. In Relation noch stärker fiel der diesbezügliche Anstieg bei den Implantationen von H-TEP und K-TEP aus.

Die an Patientinnen und Patienten der SKL erbrachten operativen Leistungen stiegen hingegen geringfügiger an, als durch die insgesamt erfolgte Leistungssteigerung zu erwarten gewesen wäre. Diese Entwicklung stand im Einklang mit dem aus der Tabelle im Pkt. 3.1.1.2 ersichtlichen Trend bzgl. des Anteils der in der SKL entlassenen Patientinnen und Patienten sowie der Pflegetage.

3.1.2 Orthopädisches Zentrum des OWS

3.1.2.1 Aus der nachstehenden Tabelle sind die in den Jahren 2003 bis 2007 im Orthopädischen Zentrum des OWS vorgehaltenen systemisierten Betten sowie die tatsächlich aufgestellten Betten und deren durchschnittliche Auslastung ersichtlich:

	2003	2004	2005	2006	2007
Systemisierte Betten	120	120	120	120	120
Tatsächlich aufgestellte Betten	90	88	96	108	109
Durchschnittliche Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten in %	74,7	74,5	74,2	82,3	83,9

Im Orthopädischen Zentrum des OWS waren im gesamten Betrachtungszeitraum 120 Betten systemisiert. Zum Zeitpunkt der Einschau waren diese auf vier Stationen mit jeweils 28 Betten und einer Tagesklinik mit insgesamt acht Betten aufgeteilt. Die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten lag bis zum Jahr 2005 erheblich unter jener der systemisierten Betten, wobei sich das diesbezügliche Verhältnis in den letzten Jahren deutlich besserte. Ebenso fiel die geringe durchschnittliche Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten im Zeitraum der Jahre 2003 bis 2005 auf, wobei erst ab dem Jahr 2006 eine Annäherung an die idealtypische Auslastung von 85 % erfolgte. In diesem Zusammenhang wurde auf den Tätigkeitsbericht (TB) des Kontrollamtes (s. TB 2005, Wiener Krankenanstaltenverbund, Prüfung der Auslastung bettenführender Abteilungen ausgewählter medizinischer Fachbereiche der Teilunternehmung "Krankenanstalten der Stadt Wien") verwiesen, in dem festgehalten wurde, dass die seinerzeitige niedrige Auslastung im Widerspruch zur Nachfragesituation stand.

Das Orthopädische Zentrum des OWS verfügte zum Zeitpunkt der Einschau über insgesamt 14 Zweibett- sowie acht Einbettzimmer. Dies bedeutete, dass in der gegenständlichen Einrichtung rd. 30 % der systemisierten Betten bzw. im Jahr 2007 im Durchschnitt rd. ein Drittel der tatsächlich aufgestellten Betten für die Unterbringung von Patientinnen und Patienten der SKL grundsätzlich geeignet gewesen wären. Laut Auskunft des Abteilungsvorstandes würden diese Zimmer selbstverständlich aber auch für Patientinnen und Patienten der AKL genutzt.

3.1.2.2 Die im Zeitraum der Jahre 2003 bis 2007 entlassenen Patientinnen bzw. Patienten und die Zahl der Pflegetage sind nachfolgender Tabelle zu entnehmen:

	2003	2004	2005	2006	2007
Entlassene Patientinnen und Patienten	2.115	2.051	2.508	3.464	3.390
hievon in der SKL entlassene Patientinnen und Patienten	284	194	228	272	237
Anteil der in der SKL entlassenen Patientinnen und Patienten in %	13,4	9,5	9,1	7,9	7,0

	2003	2004	2005	2006	2007
Pflegetage insgesamt	26.821	25.814	29.015	35.586	35.230
hievon in der SKL	3.708	2.648	2.653	3.393	2.863
Anteil der Pflegetage in der SKL in %	13,8	10,3	9,1	9,5	8,1

Die Zahl der insgesamt entlassenen Patientinnen und Patienten als auch der Pflegetage nahm in den Jahren 2003 bis 2006 wesentlich stärker zu als das im Betrachtungszeitraum vorliegende Bettenangebot, was lt. Auskunft des Abteilungsvorstandes durch eine Steigerung der OP-Leistungen erreicht werden konnte (vgl. Tabelle Pkt. 3.1.2.3). Demgegenüber gingen im Jahr 2007 sowohl die Entlassungen als auch die Pflegetage geringfügig zurück, obwohl die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten gegenüber den Vorjahren weiterhin angestiegen war.

Der Anteil der in der SKL entlassenen Patientinnen und Patienten entwickelte sich im Verhältnis zur Gesamtzahl kontinuierlich rückläufig. Dieser Trend war - mit Ausnahme des Jahres 2006 - auch bei den Pflegetagen der Patientinnen und Patienten der SKL erkennbar. Die Tabelle zeigt aber auch, dass im Orthopädischen Zentrum des OWS die Zahl der in der SKL betreuten Patientinnen und Patienten deutlich unter dem theoretisch verfügbaren Angebot der für die SKL geeigneten Betten lag.

3.1.2.3 Die Entwicklung der im gegenständlichen Zeitraum erbrachten operativen Leistungen sowie der darin enthaltene Anteil an MEL im Zusammenhang mit Implantationen von H-TEP und K-TEP stellten sich wie folgt dar:

	2003	2004	2005	2006	2007
Operative Leistungen insgesamt	1.806	1.752	2.256	2.798	2.828
hievon an Patientinnen und Patienten der SKL	240	178	204	226	243
Anteil dieser Leistungen in %	13,3	10,2	9,0	8,1	8,6
Implantationen von H-TEP und K-TEP	835	836	908	1.188	1.340
hievon Implantationen in der SKL	124	85	84	97	108
Anteil der Implantationen in der SKL in %	14,9	10,2	9,3	8,2	8,1

Entsprechend der Entwicklung bei den Patientinnen- und Patientenzahlen stiegen in vergleichbarem Ausmaß die operativen Leistungen und die Implantationen von H-TEP und K-TEP. Demgegenüber ging im Orthopädischen Zentrum des OWS der Anteil der in der SKL diesbezüglich erbrachten Leistungen stark zurück.

3.1.3 GER

3.1.3.1 Das GER verfügte ursprünglich über zwei orthopädische Abteilungen mit insgesamt fünf Stationen, wobei die beiden Abteilungen im Jahr 2007 nach der Ruhestandsversetzung des früheren Ärztlichen Direktors zu einer zusammengelegt wurden. Aus diesem Grund sind in den nachstehenden Tabellen für den Zeitraum der Jahre 2003 bis 2006 die Zahlen der beiden orthopädischen Abteilungen getrennt dargestellt, während sie im Jahr 2007 - auf eine Abteilung zusammengefasst - das gesamte GER betreffen:

	2003	2004	2005	2006	2007
I. Orthopädische Abteilung					
Systemisierte Betten	55	55	55	55	-
Tatsächlich aufgestellte Betten	55	55	52	48	-
Durchschnittliche Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten in %	81,7	77,9	79,8	87,3	-
II. Orthopädische Abteilung					
Systemisierte Betten	71	71	70	70	125
Tatsächlich aufgestellte Betten	70	70	63	61	112
Durchschnittliche Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten in %	75,7	72,8	75,9	83,9	87,9

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, wurde im GER im Betrachtungszeitraum die Zahl der insgesamt systemisierten Betten geringfügig um ein Bett reduziert. Beginnend ab dem Jahr 2005 wurden in beiden orthopädischen Abteilungen Bettensperren vorgenommen, wodurch die Zahl der durchschnittlich tatsächlich aufgestellten Betten zurückging. Demgegenüber konnte die Auslastung, die insbesondere in der II. Orthopädischen Abteilung bis zum Jahr 2005 auffallend gering war, ab dem Jahr 2006 deutlich gesteigert werden; im Jahr 2007 wurde so die idealtypische Auslastung von 85 % überschritten.

Zum Zeitpunkt der Prüfung wurden im GER in den fünf Stationen insgesamt acht Zweibett- und ein Einbettzimmer vorgehalten, wobei lt. Auskunft des Ärztlichen Direktors das letztgenannte Zimmer nicht für die Unterbringung von Patientinnen und Patienten der SKL sondern für solche, die ein Einzelzimmer infolge medizinischer Indikation benötigen, vorgesehen sei. Dies bedeutete, dass im GER somit grundsätzlich 16 Betten für die Unterbringung von Patientinnen und Patienten der SKL zur Verfügung standen, was einer Größenordnung von rd. 13 % der im Jahr 2007 systemisierten Betten bzw. rd. 14 % der in diesem Jahr tatsächlich aufgestellten Betten entsprach. Laut Auskunft des Ärztlichen Direktors würden im Bedarfsfall sowohl diese Betten auch für Patientinnen

und Patienten der AKL genutzt als auch umgekehrt Dreibettzimmer durch Nichtbelegung eines Bettes für die SKL herangezogen werden.

3.1.3.2 Die Zahl der im Zeitraum der Jahre 2003 bis 2007 entlassenen Patientinnen bzw. Patienten und der Pflegetage ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen:

	2003	2004	2005	2006	2007
I. Orthopädische Abteilung					
Entlassene Patientinnen und Patienten	1.766	1.686	1.657	1.623	2
hievon in der SKL entlassene Patientinnen und Patienten	201	161	162	171	-
Anteil der in der SKL entlassenen Patientinnen und Patienten in %	11,4	9,6	9,8	10,5	-
Pflege tage insgesamt	18.095	17.365	16.707	17.135	2
hievon in der SKL	2.427	1.874	2.014	2.081	-
Anteil der Pflege tage in der SKL in %	13,4	10,8	12,1	12,1	-
II. Orthopädische Abteilung					
Entlassene Patientinnen und Patienten	1.635	1.637	1.645	1.867	3.453
hievon in der SKL entlassene Patientinnen und Patienten	145	150	132	114	283
Anteil der in der SKL entlassenen Patientinnen und Patienten in %	8,9	9,2	8,0	6,1	8,2
Pflege tage insgesamt	20.823	20.424	19.182	20.172	39.490
hievon in der SKL	2.001	2.079	1.598	1.380	3.548
Anteil der Pflege tage in der SKL in %	9,6	10,2	8,3	6,8	9,0

Während in der früheren I. Orthopädischen Abteilung auf Grund des Rückganges der Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten sich auch jene der Patientinnen und Patienten rückläufig entwickelte, stieg in der II. Orthopädischen Abteilung im Jahr 2006 trotz Bettenrückganges deren Zahl deutlich an. Auch im Jahr 2007 wurden insgesamt in der Anstalt mehr Patientinnen und Patienten stationär betreut als früher im Durchschnitt durch die beiden getrennt geführten orthopädischen Abteilungen gemeinsam.

Auffallend war in diesem Zusammenhang, dass der Anteil der in der SKL betreuten Patientinnen und Patienten in der damaligen I. Orthopädischen Abteilung regelmäßig über jenem der II. Orthopädischen Abteilung lag. Noch deutlicher traten diese Unterschiede bei dem Anteil der Pflege tage in der SKL zu Tage. Nicht zuletzt zeigte sich auch in dieser Anstalt, dass die Zahl der in der SKL betreuten Patientinnen und Patienten geringer war als das grundsätzlich für diese Personen vorgehaltene Bettenangebot.

3.1.3.3 Die Entwicklung der im gegenständlichen Zeitraum erbrachten operativen Leistungen sowie der darin enthaltene Anteil an MEL im Zusammenhang mit Implantationen von H-TEP und K-TEP stellte sich wie folgt dar:

	2003	2004	2005	2006	2007
I. Orthopädische Abteilung					
Operative Leistungen insgesamt	1.679	1.605	1.542	1.506	2
hievon an Patientinnen und Patienten der SKL	198	145	139	144	-
Anteil dieser Leistungen in %	11,8	9,0	9,0	9,6	-
Implantationen von H-TEP und K-TEP	480	503	446	448	-
hievon Implantationen in der SKL	79	58	60	49	-
Anteil der Implantationen in der SKL in %	16,5	11,5	13,5	10,9	-
II. Orthopädische Abteilung					
Operative Leistungen insgesamt	1.444	1.432	1.384	1.668	3.147
hievon an Patientinnen und Patienten der SKL	131	136	107	111	238
Anteil dieser Leistungen in %	9,1	9,5	7,7	6,7	7,6
Implantationen von H-TEP und K-TEP	632	608	551	713	1.190
hievon Implantationen in der SKL	93	94	71	69	115
Anteil der Implantationen in der SKL in %	14,7	15,5	12,9	9,7	9,7

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, entwickelten sich im Zeitraum der Jahre 2003 bis 2005 die im GER erbrachten operativen Leistungen insgesamt rückläufig. Dieser Trend wurde im Jahr 2006 durch eine deutliche Steigerung der operativen Leistungen seitens der ehemaligen II. Orthopädischen Abteilung durchbrochen, wobei von dieser in besonders ausgeprägter Form die Leistungen im Zusammenhang mit Implantationen von H-TEP und K-TEP erhöht worden sind. Insgesamt betrachtet zeigte sich bzgl. der letztgenannten Leistungen, dass diese im Jahr 2007 in einem höheren Umfang erbracht wurden als zu Beginn des Betrachtungszeitraumes, während die Zahl derartiger an Patientinnen und Patienten der SKL vorgenommener Eingriffe deutlich zurückging.

3.1.4 Universitätsklinik für Orthopädie im AKH

3.1.4.1 Die Situation bzgl. der in der Universitätsklinik für Orthopädie in den Jahren 2003 bis 2007 vorgehaltenen systemisierten Betten sowie der tatsächlich aufgestellten Betten und deren durchschnittlichen Auslastung stellten sich wie folgt dar:

	2003	2004	2005	2006	2007
Systemisierte Betten	70	70	70	70	70
Tatsächlich aufgestellte Betten	66	67	66	65	67
Durchschnittliche Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten in %	87,7	87,7	88,8	90,3	89,0

Der Tabelle kann entnommen werden, dass im gesamten Betrachtungszeitraum in der Universitätsklinik für Orthopädie die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten unter jener der systemisierten Betten lag, wobei die durchschnittliche Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten in allen Jahren sehr hoch war.

Die Universitätsklinik verfügte zum Zeitpunkt der Einschau über drei Stationen, wobei sie allerdings lt. Auskunft des Klinikvorstandes hievon eine gemeinsam mit der Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie nutzte. Von den insgesamt 70 systemisierten Betten befanden sich acht in Zweibettzimmern und zwei in Einbettzimmern, womit der Universitätsklinik für Orthopädie grundsätzlich rd. 14 % der systemisierten Betten für die Unterbringung von Patientinnen und Patienten der SKL zur Verfügung standen. Gemäß dem Klinikvorstand würden die Einbettzimmer bei entsprechender medizinischer Indikation auch für in der AKL aufgenommene Personen genutzt.

3.1.4.2 Nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der Zahl der aus der stationären Pflege in diesem Zeitraum entlassenen Patientinnen bzw. Patienten und der Pfl egetage:

	2003	2004	2005	2006	2007
Entlassene Patientinnen und Patienten	2.612	2.630	2.664	2.682	2.801
hievon in der SKL entlassene Patientinnen und Patienten	165	180	186	138	173
Anteil der in der SKL entlassenen Patientinnen und Patienten in %	6,3	6,8	7,0	5,1	6,2
Pflegetage insgesamt	23.333	23.843	23.511	23.436	24.706
hievon in der SKL	2.387	2.799	2.383	1.900	2.507
Anteil der Pfl egetage in der SKL in %	10,2	11,7	10,1	8,1	10,1

Die Zahl der insgesamt entlassenen Patientinnen und Patienten stieg im Betrachtungszeitraum bis zum Jahr 2007 kontinuierlich an, wobei im letztgenannten Jahr dieser Anstieg deutlicher als in den Jahren zuvor ausfiel. Der Anteil der in der SKL betreuten Personen schwankte im Betrachtungszeitraum auf niedrigem Niveau zwischen 5,1 % und 7 % aller Patientinnen und Patienten. Die Entwicklung der Pfl egetage zeigte insgesamt wie auch in Bezug auf deren Anteil in der SKL keinen erkennbaren Trend. Bezüglich der Gesamtzahl der Pfl egetage fiel lediglich auf, dass diese im Jahr 2007 deutlich mehr waren als in den Jahren zuvor.

3.1.4.3 Aus der nachfolgenden Tabelle können die Entwicklung der von der gegenständlichen Universitätsklinik in den Jahren 2003 bis 2007 erbrachten operativen Leistungen sowie der darin enthaltene Anteil an MEL im Zusammenhang mit Implantationen von H-TEP und K-TEP entnommen werden:

	2003	2004	2005	2006	2007
Operative Leistungen insgesamt	2.712	2.761	2.856	2.946	3.040
hievon an Patientinnen und Patienten der SKL	214	224	277	177	221
Anteil dieser Leistungen in %	7,9	8,1	9,7	6,0	7,3
Implantationen von H-TEP und K-TEP	692	726	730	767	751
hievon Implantationen in der SKL	77	84	82	78	78
Anteil der Implantationen in der SKL in %	11,1	11,6	11,2	10,1	10,4

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass in der Universitätsklinik für Orthopädie im Betrachtungszeitraum die operativen Leistungen insgesamt kontinuierlich angestiegen sind. Ein ähnliches Bild zeigt auch die Entwicklung bei den Eingriffen im Zusammenhang mit Implantationen von H-TEP und K-TEP, bei denen allerdings im Jahr 2007 gegenüber dem Vorjahr ein leichter Rückgang zu verzeichnen war.

Der Anteil der Implantationen von H-TEP und K-TEP in der SKL lag in allen Jahren über jenem bezogen auf alle Eingriffe, wobei die Zahl der in der SKL erfolgten Implantationen relativ stabil blieb.

3.1.5 Feststellungen des Kontrollamtes

3.1.5.1 Zusammenfassend war festzustellen, dass die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten in den orthopädischen Einrichtungen des KAV zwischen den Jahren 2003 und 2007 insgesamt um 8 % anstieg. Diese Entwicklung war insbesondere auf die Ausweitung der Bettenzahl im DSP, aber auch auf die schrittweise Annäherung der tatsächlich aufgestellten Betten an die Zahl der systemisierten Betten im OWS zurückzuführen. Lediglich im GER war bis zum Jahr 2006 die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten sukzessive reduziert worden.

3.1.5.2 Auffallend war, dass im Betrachtungszeitraum in den gegenständlichen orthopädischen Einrichtungen der prozentuelle Anstieg bei den durchgeführten Implantatio-

nen von H-TEP und K-TEP deutlich stärker als jener bei den aufgestellten Betten ausgeprägt war. So wurden im Jahr 2003 rd. 3.000 solcher Eingriffe durchgeführt, während im Jahr 2007 nahezu 3.800 solcher OP erfolgten. Dies bedeutete, dass im Betrachtungszeitraum die Zahl dieser Eingriffe unternehmensweit um rd. 25 % gesteigert werden konnte. Bemerkenswerte Steigerungen hatten das Orthopädische Zentrum des OWS mit rd. 60 % und das DSP mit rd. 33 % mehr Implantationen von H-TEP und K-TEP zu verzeichnen.

Die Zahlen dieser an Patientinnen und Patienten der SKL durchgeführten Eingriffe hielt mit der o.a. Entwicklung nicht Schritt; es wurden im Gegenteil im Jahr 2007 gegenüber dem Jahr 2003 um rd. 16 % weniger H-TEP und K-TEP in der SKL durchgeführt. Dabei war in allen orthopädischen Einrichtungen des KAV ein Rückgang des prozentuellen Anteils der in der SKL durchgeführten Implantationen gegenüber deren Gesamtzahl zu verzeichnen. Besonders deutlich fiel dieser Rückgang im Orthopädischen Zentrum des OWS sowie im GER aus.

3.1.5.3 Zu bemängeln war vom Kontrollamt, dass vom KAV entgegen den diesbezüglichen Regelungen im Wr. KAG in den Anstaltsordnungen bisher keine Unterscheidung zwischen den systemisierten Betten der AKL und der SKL getroffen wurde, sodass auch eine wesentliche Grundlage für die vollständige Beantwortung der Frage I/2 des Prüfersuchens nicht vorlag.

Wie bereits erwähnt, wurde aber vor Ort die Zahl jener Betten eruiert, die grundsätzlich für Patientinnen und Patienten der SKL zur Verfügung standen. Insbesondere im Orthopädischen Zentrum des OWS lag der prozentuelle Anteil von für Patientinnen und Patienten der SKL geeigneten Betten deutlich über jenem der in der SKL durchgeführten Implantationen von H-TEP und K-TEP. Aber auch in allen anderen geprüften orthopädischen Einrichtungen waren im Durchschnitt in Relation weniger solcher Eingriffe an Patientinnen und Patienten der SKL vorgenommen worden als für diese Personengruppe anteilig an theoretisch geeigneten Betten zur Verfügung gestanden wären.

Das Orthopädische Zentrum des OWS war bis zum Jahr 2005 durch die Renovierungsarbeiten des Pavillons Austria geprägt.

Dieser wurde im Jahr 2005 mit 56 Betten neu in Betrieb genommen. Durch die schrittweise zusätzliche Systemisierung von Personal für Anästhesie und Orthopädie konnte seither neben einer Leistungssteigerung auch eine Erhöhung der Auslastung der tatsächlichen Betten erzielt werden.

Hinsichtlich des GER darf mitgeteilt werden, dass vom früheren Ärztlichen Direktor die II. Orthopädische Abteilung geleitet worden war. Die Ärztliche Direktion wird aktuell vom früheren Leiter der I. Orthopädischen Abteilung wahrgenommen, der auch das Primariat der nunmehr einzigen Orthopädischen Abteilung innehat. Dessen Tätigkeit spiegelt sich im gesamten Betrachtungszeitraum mit einer höheren Auslastung der I. Orthopädischen Abteilung sowie in der Folge in den Daten des Jahres 2007 wider.

Vom KAV wurde die Implantation von H-TEP und K-TEP im Zusammenhang mit der Diskussion "Wartelisten" massiv gefördert.

Eine Trennung zwischen systemisierten Betten der AKL bzw. der SKL in den Anstaltsordnungen wird umgesetzt.

Die maximal zulässige Zahl von 25 % der systemisierten Betten für die SKL steht einer Auslastung von nur 6 % dieser Betten gegenüber. Dies bedeutet, dass in der Praxis die systemisierten Betten für die SKL auch für die AKL Verwendung finden.

Grundsätzlich können alle Krankenzimmer für die Belegung von maximal zwei Patientinnen bzw. Patienten der SKL verwendet werden.

3.2 Bettensituation und Leistungszahlen in den Einrichtungen für Augenheilkunde

3.2.1 Augenabteilung des DSP

3.2.1.1 Ein Vergleich der systemisierten Betten, der tatsächlich aufgestellten Betten so-

wie deren durchschnittlicher Auslastungsgrad der Jahre 2003 bis 2007 zeigten Folgendes:

	2003	2004	2005	2006	2007
Systemisierte Betten	32	32	32	32	32
Tatsächlich aufgestellte Betten	34	33	31	29	33
Durchschnittliche Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten in %	78,4	78,2	86,1	84,8	87,4

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass in einigen Jahren des Betrachtungszeitraumes ein bis zwei Betten mehr aufgestellt als sanitätsbehördlich bewilligt (systemisiert) waren.

Die Augenabteilung des DSP wies insbesondere in den Jahren 2005 bis 2007 eine hohe Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten auf. Diese war nicht zuletzt auch auf die Aufnahme von Patientinnen und Patienten von anderen Abteilungen wie z.B. der Unfallchirurgie zurückzuführen (so genannte sozial bedingte Aufnahmen).

Insgesamt verfügte die Augenabteilung des DSP zum Zeitpunkt der Einschau über zwei Einbettzimmer, die überwiegend für Patientinnen und Patienten der SKL, aber auch fallweise für Patientinnen und Patienten mit infektiösen Erkrankungen verwendet wurden. Der Anteil der sonderklassetauglichen Betten am systemisierten Bettenstand belief sich somit auf rd. 6 %.

3.2.1.2 Die Entwicklung der Zahl der aus der stationären Pflege in diesem Zeitraum entlassenen Patientinnen bzw. Patienten und der Pfl egetage stellte sich im Betrachtungszeitraum wie folgt dar:

	2003	2004	2005	2006	2007
Entlassene Patientinnen und Patienten	3.767	3.715	3.628	3.660	3.976
hievon in der SKL entlassene Patientinnen und Patienten	284	266	234	262	301
Anteil der in der SKL entlassenen Patientinnen und Patienten in %	7,5	7,2	6,4	7,2	7,6
Pflegetage insgesamt	13.159	13.117	13.438	12.711	14.174
hievon in der SKL	873	898	740	755	921
Anteil der Pfl egetage in der SKL in %	6,6	6,8	5,5	5,9	6,5

Nachdem sowohl bei der Gesamtzahl der stationär behandelten Patientinnen und Pati-

enten als auch bei der Zahl der Patientinnen und Patienten der SKL bis zum Jahr 2005 ein Rückgang zu verzeichnen war, stiegen diese vor allem im Jahr 2007 wieder deutlich an. Die Pfl egetage, die keinem Trend folgten, waren am Ende des Betrachtungszeitraumes um rd. 8 % höher als zu Beginn. Im Durchschnitt lag der Anteil an Patientinnen und Patienten der SKL im Betrachtungszeitraum bei rd. 7 %. Der Anteil der Pfl egetage in der SKL entsprach in etwa dem Anteil an den grundsätzlich für diese Patientinnen und Patienten geeigneten Betten in der Augenabteilung des DSP.

3.2.1.3 Nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der operativen Leistungen, der Cat-OP sowie deren Anteil in der SKL für den Zeitraum der Jahre 2003 bis 2007. Weiters wurden die tagesklinisch erbrachten Cat-OP sowie deren prozentuelles Ausmaß an den Cat-OP dargestellt:

	2003	2004	2005	2006	2007
Operative Leistungen insgesamt	3.677	3.589	3.490	3.587	3.882
hievon an Patientinnen und Patienten der SKL	308	306	238	274	318
Anteil dieser Leistungen in %	8,4	8,5	6,8	7,6	8,2
Cat-OP	1.936	1.889	1.869	1.824	1.897
hievon Cat-OP in der SKL	207	187	156	173	184
Anteil der Cat-OP in der SKL in %	10,7	9,9	8,3	9,5	9,7
Anzahl tagesklinisch erbrachter Cat-OP	21	5	8	19	19
Anteil tagesklinisch erbrachter Cat-OP in %	1,1	0,3	0,4	1,0	1,0

Während sich die Gesamtzahl der operativen Leistungen im Betrachtungszeitraum um 5,6 % erhöhte, verminderte sich die Zahl der - fast ausschließlich stationär erbrachten - Cat-OP um 2 %. Der Anteil der Patientinnen und Patienten der SKL lag in der Augenabteilung des DSP bei den Cat-OP im Betrachtungszeitraum in der Regel unter rd. 10 % und war damit etwas höher als bei den gesamten operativen Leistungen. Dazu wurde vom Vorstand der Augenabteilung angemerkt, dass chirurgische Eingriffe geringeren Umfanges von Privatversicherungen nicht als Leistungen der SKL abgegolten werden würden.

3.2.2 Augenabteilung der KAR

3.2.2.1 Nachstehender Tabelle können die systemisierten Betten, die tatsächlich aufgestellten Betten sowie deren durchschnittliche Auslastung für die Jahre 2003 bis 2007 entnommen werden:

	2003	2004	2005	2006	2007
Systemisierte Betten	37	37	37	37	37
Tatsächlich aufgestellte Betten	35	36	27	28	27
Durchschnittliche Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten in %	53,1	49,0	65,6	69,7	68,9

Die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten entsprach in den Jahren 2003 und 2004 etwa jenen der systemisierten Betten. Ab dem Jahr 2005 sank die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten durch die Sperre von Betten um rd. ein Viertel. Diese Maßnahme bewirkte eine Steigerung der bis dahin auffallend niedrigen Auslastung.

Zum Zeitpunkt der Einschau verfügte die Augenabteilung über zwei Zweibett- und ein Einbettzimmer, die insbesondere für Patientinnen und Patienten der SKL vorgehalten wurden. Von den insgesamt 37 systemisierten Betten waren fünf Betten auf Dauer gesperrt; drei Betten waren für die Vornahme tagesklinischer Eingriffe vorgesehen.

3.2.2.2 Die Entwicklung der entlassenen Patientinnen bzw. Patienten und der Pfl egetage sowie der Anteil der SKL stellten sich für den Zeitraum der Jahre 2003 bis 2007 wie folgt dar:

	2003	2004	2005	2006	2007
Entlassene Patientinnen und Patienten	5.183	5.208	4.979	5.277	5.278
hievon in der SKL entlassene Patientinnen und Patienten	293	297	273	371	399
Anteil der in der SKL entlassenen Patientinnen und Patienten in %	5,7	5,7	5,5	7,0	7,6
Pfl egetage insgesamt	12.005	11.676	11.414	12.374	12.266
hievon in der SKL	1.075	1.150	996	1.248	1.394
Anteil der Pfl egetage in der SKL in %	9,0	9,8	8,7	10,1	11,4

Während sich die Zahl der entlassenen Patientinnen und Patienten und die Pfl egetage nur geringfügig erhöhten, wurde die Zahl der in der SKL aufgenommenen Patientinnen und Patienten um rd. ein Drittel gesteigert. Somit betrug der Anteil an Patientinnen und Patienten der SKL in den Jahren 2006 und 2007 - wie in der Augenabteilung im DSP - rd. 7 %.

3.2.2.3 Eine Auswertung der operativen Leistungen, der Cat-OP sowie der tagesklinisch erbrachten Cat-OP für den Zeitraum der Jahre 2003 bis 2007 zeigte Folgendes:

	2003	2004	2005	2006	2007
Operative Leistungen insgesamt	5.248	5.392	5.282	5.748	5.831
hievon an Patientinnen und Patienten der SKL	347	455	383	534	535
Anteil dieser Leistungen in %	6,6	8,4	7,3	9,3	9,2
Cat-OP	1.778	1.827	1.807	1.743	1.676
hievon Cat-OP in der SKL	181	201	165	185	207
Anteil der Cat-OP in der SKL in %	10,2	11,0	9,1	10,6	12,4
Anzahl tagesklinisch erbrachter Cat-OP	3	6	2	9	15
Anteil tagesklinisch erbrachter Cat-OP in %	0,2	0,3	0,1	0,5	0,9

Während die Zahl der operativen Leistungen um rd. 11 % anstieg, gingen die nahezu ausschließlich stationär erbrachten Cat-OP um fast 6 % zurück. Mit einem SKL-Anteil an den Cat-OP von durchschnittlich mehr als 10 % lag die Augenabteilung der KAR geringfügig über dem Wert des DSP.

3.2.3 Augenabteilung des KHR

3.2.3.1 Die Situation bzgl. der Betten und der Auslastung stellte sich in der Augenabteilung des KHR wie folgt dar:

	2003	2004	2005	2006	2007
Systemisierte Betten	32	32	32	32	32
Tatsächlich aufgestellte Betten	28	29	28	29	27
Durchschnittliche Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten in %	76,6	79,0	78,5	67,6	66,8

In der Augenabteilung des KHR waren in allen Jahren des Betrachtungszeitraumes zwar 32 Betten sanitätsbehördlich bewilligt, aber jeweils zwischen drei und fünf Betten weniger aufgestellt. Die medizinische Versorgung erfolgte in vier primär für Patientinnen und Patienten der SKL vorbehaltenen Einbettzimmern sowie in Zweibett- bzw. Mehrbettzimmern für jene der AKL. Vier Betten wurden für tagesklinische Patientinnen und Patienten vorgehalten und zwölf als Wochenklinik geführt. Die Wochenklinikbetten waren allerdings nicht bestimmten Räumen zugeordnet, sondern es wurden an den Wochenenden je nach Bedarf einzelne Betten gesperrt.

3.2.3.2 Die Zahl der im Zeitraum der Jahre 2003 bis 2007 entlassenen Patientinnen bzw. Patienten und der Pflegetage ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen:

	2003	2004	2005	2006	2007
Entlassene Patientinnen und Patienten	2.538	2.529	2.593	3.149	3.491
hievon in der SKL entlassene Patientinnen und Patienten	84	70	83	111	87
Anteil der in der SKL entlassenen Patientinnen und Patienten in %	3,3	2,8	3,2	3,5	2,5
Pflegetage insgesamt	10.533	10.983	10.644	10.356	10.191
hievon in der SKL	458	384	433	533	309
Anteil der Pflegetage in der SKL in %	4,3	3,5	4,1	5,1	3,0

Während sich im Betrachtungszeitraum die Anzahl der Pflegetage um rd. 3 % verminderte, wurde bei den entlassenen Patientinnen und Patienten ein Anstieg um rd. 38 % verzeichnet. Der Anteil der Patientinnen und Patienten in der SKL lag im KHR mit durchschnittlich rd. 3 % deutlich unter den Werten des DSP und der KAR.

3.2.3.3 Die Entwicklung der im gegenständlichen Zeitraum erbrachten operativen Leistungen, der Cat-OP sowie der tagesklinisch erbrachte Anteil von Letzteren stellten sich wie folgt dar:

	2003	2004	2005	2006	2007
Operative Leistungen insgesamt	2.966	3.051	3.143	3.454	3.493
hievon an Patientinnen und Patienten der SKL	84	83	100	128	86
Anteil dieser Leistungen in %	2,8	2,7	3,2	3,7	2,5
Cat-OP	2.019	2.187	2.011	2.048	1.945
hievon Cat-OP in der SKL	54	60	66	85	58
Anteil der Cat-OP in der SKL in %	2,7	2,7	3,3	4,2	3,0
Anzahl tagesklinisch erbrachter Cat-OP	3	5	25	10	9
Anteil tagesklinisch erbrachter Cat-OP in %	0,1	0,2	1,2	0,5	0,5

Während sich die Anzahl der operativen Leistungen um rd. 18 % erhöhte, ging die Anzahl der Cat-OP um etwa 4 % zurück. Der Anteil der SKL an diesen OP lag im Betrachtungszeitraum bei rd. 3 % bis 4 % und somit erheblich unter den Werten der beiden anderen Augenabteilungen der TU 1. Ebenso wie im DSP und in der KAR wurden die Cat-OP im KHR nahezu ausschließlich stationär erbracht.

3.2.4 Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH

3.2.4.1 Aus nachstehender Tabelle können die Entwicklung der Betten und deren Auslastung für die Jahre 2003 bis 2007 entnommen werden:

	2003	2004	2005	2006	2007
Systemisierte Betten	88	88	88	88	66
Tatsächlich aufgestellte Betten	75	72	69	64	49
Durchschnittliche Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten in %	70,1	69,1	68,1	64,3	58,6

Bis zum Jahr 2006 verfügte die Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH über drei Stationen mit insgesamt 88 systemisierten Betten. Nach Auflösung einer Station mit 30 Betten im August 2006 ging im Jänner 2007 eine Tagesklinik mit acht systemisierten tagesklinischen Betten in Vollbetrieb, womit sich der systemisierte Bettenstand auf insgesamt 66 Betten verminderte.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, wick die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten in allen Jahren deutlich von den systemisierten Betten ab. Diese Situation änderte sich auch nicht durch die im Jahr 2007 erfolgte Reduktion der systemisierten Betten. Der im gesamten Betrachtungszeitraum niedrige Auslastungsgrad der tatsächlich aufgestellten Betten verbesserte sich auch im Jahr 2007 nicht, obwohl die Basis für diese Kennzahl infolge der vermehrten tagesklinischen Leistungserbringung um rd. ein Drittel reduziert wurde.

Die Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie verfügte zum Zeitpunkt der Einschau neben Mehrbettzimmern über ein Einbettzimmer und sechs Zweibettzimmer, die je nach Bedarf auch für Patientinnen und Patienten der SKL herangezogen werden konnten.

3.2.4.2 Die Zahl der entlassenen Patientinnen und Patienten sowie der Pflage tage und der Anteil an der SKL entwickelten sich an der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH wie folgt:

	2003	2004	2005	2006	2007
Entlassene Patientinnen und Patienten	7.076	6.969	6.879	6.213	7.185
hievon in der SKL entlassene Patientinnen und Patienten	255	222	203	203	197
Anteil der in der SKL entlassenen Patientinnen und Patienten in %	3,6	3,2	3,0	3,3	2,7
Pflage tage insgesamt	26.473	25.092	24.198	21.398	17.558
hievon in der SKL	1.260	1.050	996	873	835
Anteil der Pflage tage in der SKL in %	4,8	4,2	4,1	4,1	4,8

Die Tabelle zeigt, dass die Zahl der entlassenen Patientinnen und Patienten bis zum Jahr 2006 kontinuierlich zurückging, um im Jahr 2007 so stark anzusteigen, dass sie den Stand zu Beginn des Betrachtungszeitraumes überschritt. Die Zahl der Pfl egetage sank insgesamt um rd. ein Drittel, wobei vor allem der Rückgang im Jahr 2007 auf die Eröffnung der Tagesklinik zurückzuführen war. Der Anteil der Pfl egetage von Patientinnen und Patienten der SKL lag an der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie konstant zwischen 4 % und 5 %.

3.2.4.3 Nachstehender Tabelle sind die operativen Leistungen der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie zu entnehmen:

	2003	2004	2005	2006	2007
Operative Leistungen insgesamt	9.515	9.235	9.293	9.169	9.385
hievon an Patientinnen und Patienten der SKL	325	322	315	327	417
Anteil dieser Leistungen in %	3,4	3,5	3,4	3,6	4,4
Cat-OP	3.783	3.812	3.598	3.434	3.598
hievon Cat-OP in der SKL	57	72	68	65	80
Anteil der Cat-OP in der SKL in %	1,5	1,9	1,9	1,9	2,2
Anzahl tagesklinisch erbrachter Cat-OP	87	70	23	58	1.768
Anteil tagesklinisch erbrachter Cat-OP in %	2,3	1,8	0,6	1,7	49,1

Während die in der Augenklinik erbrachten operativen Leistungen im Betrachtungszeitraum nur geringfügig zurückgingen, sank die Zahl der Cat-OP um rd. 5 % gegenüber dem Jahr 2003. Mit rd. 2 % wies die Augenklinik des AKH den niedrigsten Anteil an Patientinnen und Patienten der SKL bei Cat-OP von allen Einrichtungen für Augenheilkunde im KAV aus. Bis zur Eröffnung der Tagesklinik im Jahr 2007 lag der Anteil der tagesklinisch durchgeführten Cat-OP - so wie in allen Augenabteilungen der Krankenanstalten der TU 1 - auf sehr niedrigem Niveau; demgegenüber wurde allerdings bereits im ersten Jahr des Vollbetriebes der Tagesklinik rd. die Hälfte der Cat-OP tagesklinisch erbracht.

Die angeführte Kennzahl "Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten" bezieht sich auf die Belagstage und damit auf den "Mitternachtsstand". Die Augenheilkunde an der Universitätsklinik ist eine Abteilung mit vergleichsweise kurzer Verweildauer, wodurch

eine geringe Anzahl von Belagstagen anfällt. Bei Eintagespflegen sind keine Belagstage zu verzeichnen, weil sie nicht zum Mitternachtsstand zählen. Die Etablierung der tagesklinischen Leistungen ist daher in dieser Kennzahl nicht abgebildet.

3.2.5 Feststellungen des Kontrollamtes

3.2.5.1 Wie bereits erwähnt, hat der KAV in den Anstaltsordnungen bisher keine Unterscheidung zwischen den systemisierten Betten der AKL und der SKL getroffen, sodass eine wesentliche Grundlage für die Beantwortung der Frage I/2 des Prüfersuchens im Hinblick auf die Anzahl der Cat-OP pro Bett der SKL fehlte. Das Kontrollamt versuchte dennoch, anhand der verfügbaren Unterlagen zumindest generelle Aussagen über den Umfang der Leistungen des Fachbereiches für Augenheilkunde in der SKL zu treffen.

Im Rahmen der Einschau wurde dem Kontrollamt von den einzelnen Einrichtungen eine für die Unterbringung von Patientinnen und Patienten der SKL grundsätzlich zur Verfügung stehende Bettenanzahl genannt, die in Relation zum Gesamtbettenstand der jeweiligen Abteilung unterschiedlich hoch war. Für den gesamten Fachbereich für Augenheilkunde im KAV betrug dieser Anteil durchschnittlich rd. 14 % an den systemisierten Betten. Im Verhältnis dazu lag sowohl der Anteil der in der SKL behandelten Patientinnen und Patienten als auch der Anteil der in der SKL insgesamt erbrachten OP-Leistungen mit jeweils rd. 5 % unter dem für die SKL vorgehaltenen Bettenangebot. Somit bestand die Möglichkeit, grundsätzlich für Patientinnen und Patienten der SKL geeignete Betten im Bedarfsfall auch mit solchen der AKL zu belegen, worauf im Übrigen von den Abteilungsvorständen im Rahmen der Einschau hingewiesen wurde.

Was die im Prüfersuchen explizit angeführten Cat-OP betraf, wurden im Betrachtungszeitraum in den vier Einrichtungen für Augenheilkunde jährlich mehr als 9.000 Katarakte operiert, wobei im Jahr 2004 mit 9.715 die höchste und im Jahr 2006 mit 9.049 die niedrigste Zahl an solchen chirurgischen Eingriffen durchgeführt wurde. Ebenso wie bei der Gesamtzahl der chirurgischen Eingriffe wurden auch bei den Cat-OP durchschnittlich rd. 5 % an Patientinnen und Patienten der SKL vorgenommen.

3.2.5.2 Der Anteil an tagesklinisch erbrachten Cat-OP lag im KAV bis zum Jahr 2006 insgesamt bei rd. 1 % und erhöhte sich erst nach Eröffnung der Tagesklinik im AKH auf rd. ein Fünftel der vom im KAV abgerechneten diesbezüglichen MEL. Anzumerken war, dass zum Zeitpunkt der Einschau in den Einrichtungen der TU 1 - in unterschiedlichem Ausmaß - Bestrebungen erkennbar waren, Tageskliniken für die Erbringung von Cat-OP einzurichten.

Da die Cat-OP zu jenen MEL zählen, die nach dem Tagesklinikmodell mit einem im Vergleich zum stationären Aufenthalt gleich hohen Fallpauschale abgerechnet werden können, empfahl das Kontrollamt der GED des KAV diese Form der Leistungserbringung deutlich mehr als bisher zu forcieren und neben dem AKH in der TU 1 eine weitere Tagesklinik einzurichten. Nachdem die Inbetriebnahme einer solchen Tagesklinik umfassende organisatorische, infrastrukturelle aber auch personelle Veränderungen (z.B. Reduktion des Bettenangebotes infolge medizinischer und pflegerischer Betreuung einer höheren Zahl an Patientinnen und Patienten in kürzerer Zeit, Änderungen bei den Voruntersuchungen und der OP-Vorbereitung sowie der Nachsorge) zur Folge hat, erschien es aber angezeigt, die GED möge vor der Umsetzung solcher Vorhaben eine Wirtschaftlichkeitsberechnung im Hinblick auf die optimale Größe einer tagesklinischen Organisationseinheit anstellen.

3.2.5.3 Die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten in den Einrichtungen für Augenheilkunde des KAV verminderte sich im Betrachtungszeitraum kontinuierlich um insgesamt 36 Betten. Obwohl im Jahr 2007 auch die Zahl der systemisierten Betten reduziert wurde, lag die Differenz zu den tatsächlich aufgestellten Betten am Ende des Betrachtungszeitraumes neuerlich bei rd. 19 % des systemisierten Gesamtbettenbestandes.

Die Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten bezogen auf alle Einrichtungen für Augenheilkunde des KAV belief sich im Betrachtungszeitraum auf rd. 70 %. Dessen ungeachtet waren im Jahr 2007 durchschnittlich 42 Betten nicht belegt. Dies war z.T. auf die Erbringung tagesklinischer Leistungen zurückzuführen, die auf Grund der Methodik bei der Berechnung der Bettenauslastung keine Berücksichtigung finden.

Der weitere Ausbau tagesklinischer Leistungen wird voraussichtlich zu einem weiteren Auslastungsrückgang der tatsächlich aufgestellten Betten führen. Das Kontrollamt empfahl daher, das diesbezügliche Bettenangebot in den Einrichtungen für Augenheilkunde zu evaluieren und in diesem Zusammenhang auch den systemisierten Bettenbestand an jenen der tatsächlich aufgestellten Betten heranzuführen.

In Bezug auf die tagesklinische Leistungserbringung darf mitgeteilt werden, dass bei der gegenwärtigen und auch bei der künftigen Betrachtung der Auslastung der Abteilungen in der KAR und im KHR dem Trend zu tagesklinischen Cat-OP Rechnung getragen wird. Zu den systemisierten und den tatsächlichen Betten ist zu erwähnen, dass die tagesklinische Leistungserbringung auf systemisierten Betten erfolgen muss. Ohne Änderung der österreichweit gültigen Systematik ist daher mit einem weiteren Rückgang der Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten zu rechnen.

4. Auslastung vorhandener Kapazitäten

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Frage des Prüfersuchens eingegangen:

Frage I/4: Werden die vorhandenen Kapazitäten hinsichtlich der oben genannten Operationen nach Ansicht des Kontrollamtes in den Krankenanstalten des KAV ausreichend ausgelastet?

In Anbetracht der Tatsache, dass für die Planung und Durchführung von medizinischen Eingriffen eine Reihe von Faktoren zu berücksichtigen sind, die letztlich den Ausschlag geben, wie viele OP täglich erbracht werden, hat das Kontrollamt zur Beantwortung der Frage, ob die vorhandenen Kapazitäten ausreichend ausgelastet sind, in einem weiteren Prüfungsschritt in den einzelnen Einrichtungen einige ihm wesentlich erscheinende Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung näher untersucht. Hierbei wurden im Speziellen die Zahl der in den einzelnen Anstalten für die gegenständlichen Eingriffe vorgehaltenen OP-Säle, die jeweils vorgesehene und tatsächliche tägliche OP-Zeit, die Anzahl der jeweils verfügbaren Ärztinnen und Ärzte sowie deren Dienstteilungen und Dienstzeiten und nicht zuletzt auch die Pflegedauer bei Implantationen von H-TEP,

K-TEP und Cat-OP im Hinblick auf die vorzuhaltenden Bettenkapazitäten einer näheren Betrachtung unterzogen.

Da in einigen geprüften Einrichtungen die tatsächlichen OP-Zeiten lediglich mittels händisch geführter Aufzeichnungen und z.T. im Weg des jeweiligen Anästhesiedienstes nachzuvollziehen waren, beschränkte sich das Kontrollamt bei der Auswertung dieser Daten auf eine Stichprobe, mit welcher der tägliche OP-Betrieb im ersten Quartal des Jahres 2007 untersucht wurde. Im Hinblick darauf, dass Cat-OP in der Regel in Lokalanästhesie vorgenommen werden, wurde für diese Art von OP eine diesbezügliche Betrachtung nur dort durchgeführt, wo diese aufwändigen Erhebungen für weiterführende Überlegungen unbedingt notwendig erschienen.

Ungeachtet der Tatsache, dass Veränderungen bei den OP-Betriebszeiten in der Regel Auswirkungen auf die gesamte OP-Organisation nach sich ziehen, wurde bei der gegenständlichen Einschau das Augenmerk auf die jeweilige abteilungsspezifische ärztliche Personalausstattung und deren Diensterteilungen und -zeiten gerichtet, da die OP-Betriebszeiten - wie später im Detail ausgeführt wird - primär in einem engen Zusammenhang mit den jeweiligen personellen Rahmenbedingungen für diese Berufsgruppe zu sehen sind. Das AKH wurde in die nachfolgende Betrachtung deshalb nicht miteinbezogen, da es Aufgabe des Bundes und nicht der Stadt Wien ist, in den Einrichtungen dieses Krankenhauses bzgl. der Ärztinnen und Ärzte für eine ausreichende Personalausstattung Sorge zu tragen. Darüber hinaus erschien aber auch ein diesbezüglicher Vergleich mit den bei der Stadt Wien beschäftigten Ärztinnen und Ärzten auf Grund anderer Regelungen sowohl in Bezug auf die universitären Aufgabenstellungen als auch auf die unterschiedlichen Dienstzeitregelungen wenig zweckmäßig.

Weiters merkte das Kontrollamt zu den nachfolgenden Ausführungen an, dass im KAV etwa für die Berufsgruppe der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bereits seit mehreren Jahren eine auf den Pflegebedarf aufbauende standardisierte Personalbedarfsberechnungsmethode eingesetzt wird. Bezüglich einer weiteren für den OP-Betrieb bedeutsamen Bedienstetengruppe - nämlich der OP-Gehilfinnen bzw. OP-Gehilfen - wurde auf den TB 2006 des Kontrollamtes (Unternehmung "Wiener Kran-

kenanstaltenverbund", Prüfung des Einsatzes von Operationsgehilfen in den Schwerpunktkrankenanstalten) verwiesen, in dem u.a. die fehlende Umsetzung einer Personalbedarfsberechnung bemängelt wurde. Ebenso wurden grundsätzliche Aspekte im Zusammenhang mit den Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte im KAV bereits im TB 2007 des Kontrollamtes (Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund", Prüfung der Nebenbeschäftigungen von Ärztinnen und Ärzten der Teilunternehmungen "Krankenanstalten der Stadt Wien" und "Pflegeheime der Stadt Wien") erörtert, weshalb von einer nochmaligen Darstellung dieser Thematik im gegenständlichen Bericht Abstand genommen wurde.

4.1 Auslastung vorhandener Kapazitäten in den orthopädischen Einrichtungen

Nachstehend wurde auf die Kapazitäten bzgl. der OP-Säle, die vorgesehenen und die tatsächlichen OP-Zeiten, die Personalausstattung mit Ärztinnen und Ärzten sowie deren Diensterteilungen und -zeiten in den einzelnen orthopädischen Einrichtungen des KAV näher eingegangen. Bestehende Eingriffsräume wurden von der gegenständlichen Betrachtung ausgenommen, da diese nicht bei Implantationen von H-TEP und K-TEP genutzt werden.

4.1.1 Anzahl der OP-Säle sowie OP-Zeiten in den orthopädischen Einrichtungen

Schon auf Grund der baulichen bzw. strukturellen Gegebenheiten in den vier geprüften Einrichtungen stellte sich zum Zeitpunkt der Einschau die Situation bzgl. des OP-Betriebes jeweils unterschiedlich dar.

So verfügten das in Pavillon-Verbundbauweise (d.h. an einen langgestreckten Untersuchungs- und Behandlungstrakt schließen sich pavillonartig errichtete Bettenhäuser an) errichtete DSP sowie das als Zentralbau mit Erweiterungsbauten konzipierte AKH über zentrale OP-Einheiten. In diesen Anstalten oblag daher die zentrale Steuerung der OP-Säle sowie der OP-Zeiten dem Vorstand der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin bzw. der Klinischen Abteilung für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie.

Demgegenüber waren in dem in Pavillonbauweise errichteten OWS die OP-Bereiche dezentral untergebracht und das GER versorgte als eigenständige Krankenanstalt aus-

schließlich orthopädische Patientinnen und Patienten, wodurch die Steuerung des OP-Betriebes in diesen beiden Einrichtungen Aufgabe des Vorstandes des Orthopädischen Zentrums bzw. des Ärztlichen Direktors der Krankenanstalt war.

4.1.1.1 Der Orthopädischen Abteilung des DSP stand zum Zeitpunkt der Einschau von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr sowie am Freitag von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr ein OP-Saal zur Verfügung. Ein weiterer OP-Saal konnte von der genannten Abteilung jeweils dienstags von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr genutzt werden, darüber hinaus wurden kleinere Eingriffe auch in einem der Abteilung zugewiesenen Eingriffsraum vorgenommen.

Wie das Kontrollamt der vom Institut für Anästhesiologie übermittelten Auswertung über die OP-Zeiten entnehmen konnte, waren in dem der Stichprobe zu Grunde liegenden Betrachtungszeitraum die erwähnten OP-Zeiten von durchschnittlich zehn Stunden pro Arbeitstag in Summe geringfügig überschritten worden.

4.1.1.2 Das Orthopädische Zentrum des OWS war mit insgesamt vier OP-Sälen sowie zusätzlich einem Eingriffsraum ausgestattet.

Wie der Abteilungsvorstand mitteilte, würden chirurgische Eingriffe

- an Montagen in drei OP-Sälen von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr,
 - an Dienstagen und Donnerstagen in zwei OP-Sälen von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr und in einem dritten von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr,
 - an Mittwochen in drei OP-Sälen von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr und in einem vierten von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr sowie
 - an Freitagen in drei OP-Sälen von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr
- vorgenommen werden.

Ergänzend brachte das Kontrollamt in Erfahrung, dass über diese geplanten Zeiten hinaus der vierte OP-Saal verstärkt auch für OP zwischen zwei anderen Eingriffen in den übrigen OP-Sälen genutzt werde, da durch diese Vorgangsweise die vorhandenen personellen Kapazitäten der OP-Teams durch Vermeidung von umlagerungs- und reinigungsbedingten Stehzeiten besser ausgelastet werden könnten.

Der vom Anästhesiedienst des OWS vorgenommenen Auswertung über die tatsächlichen OP-Zeiten während des für die Stichprobe festgelegten Betrachtungszeitraumes war zu entnehmen, dass im Orthopädischen Zentrum des OWS von Montag bis Freitag in den vier OP-Sälen im Durchschnitt täglich insgesamt annähernd 20 Stunden operiert wurde, während die geplanten OP-Betriebszeiten von insgesamt täglich durchschnittlich rd. 18 Stunden OP-Betrieb ausgingen.

4.1.1.3 Das GER verfügte zum Zeitpunkt der Einschau über drei OP-Säle, in denen Implantationen von H-TEP und K-TEP vorgenommen werden konnten. In diesen OP-Sälen war grundsätzlich ein OP-Betrieb von Montag bis Freitag jeweils von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr - also täglich im Ausmaß von insgesamt 15 Stunden - vorgesehen.

Einer von der Ärztlichen Direktion dem Kontrollamt übermittelten händisch erstellten Auswertung der OP-Zeiten war zu entnehmen, dass die drei dem GER zur Verfügung stehenden OP-Säle im ersten Quartal des Jahres 2007 im Durchschnitt wochentags täglich mehr als 17,5 Stunden genutzt wurden.

4.1.1.4 Wie bereits erwähnt, verfügte das AKH über eine zentrale OP-Einheit. Laut Auskunft des Vorstandes der Universitätsklinik für Orthopädie stünden für die Eingriffe dieser Klinik grundsätzlich drei OP-Säle zur Verfügung. Als OP-Zeiten wären jeweils Montag bis Donnerstag von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr sowie an Freitagen von 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr vorgesehen. Weiters stünde jeweils am Mittwoch ein OP-Saal für zeitaufwändige Eingriffe bis 19.00 Uhr zur Verfügung.

Das Kontrollamt erhielt im Weg der Abteilung "Controlling" der Direktion des AKH Auswertungen darüber, in welchen OP-Sälen zu welchen Zeiten innerhalb des Stichprobenzeitraumes orthopädische Eingriffe vorgenommen wurden. Daraus war zu entnehmen, dass sich der Schwerpunkt der OP-Tätigkeit der Klinik auf drei OP-Säle konzentrierte, eine nicht unbeträchtliche Zahl von Eingriffen jedoch in einer Reihe weiterer OP-Säle vorgenommen wurde.

Somit erschien dem Kontrollamt eine allein auf die OP-Tätigkeit der Universitätsklinik für Orthopädie gerichtete Analyse der tatsächlichen OP-Zeiten wenig zweckmäßig; Aussa-

gen über die Auslastung der im AKH vorgehaltenen OP-Einrichtungen hätten nur nach einer Gesamtbetrachtung des dortigen OP-Betriebes getroffen werden können. In Anbetracht dessen, dass eine derartige Untersuchung über den Rahmen des gegenständlichen Prüfersuchens hinausgegangen wäre, aber auch im Hinblick auf die in den einleitenden Ausführungen zu Pkt. 4 zur Thematik der Personalausstattung mit Ärztinnen und Ärzten im AKH, bezog das Kontrollamt die tatsächlichen OP-Zeiten der Universitätsklinik für Orthopädie in die gegenständlichen Betrachtungen nicht ein.

4.1.2 Personalausstattung der orthopädischen Einrichtungen mit Ärztinnen und Ärzten sowie deren Diensterteilungen

4.1.2.1 Nachstehender Tabelle sind die Anzahl der in den orthopädischen Einrichtungen der TU 1 jeweils genehmigten Dienstposten (DP) für Ärztinnen und Ärzte und deren tatsächliche Besetzung (auf Basis von Vollzeitäquivalenten) zum Zeitpunkt der Einschau zu entnehmen. Diese Personalzahlen wurden auf die zum Zeitpunkt der Prüfung jeweils systemisierten Bettenstände (DSP: 52, OWS: 120, GER: 125) umgelegt:

Personalausstattung mit Ärztinnen und Ärzten	Orthopädische Abteilung DSP		Orthopädisches Zentrum OWS		GER	
	DP	Be- setzung	DP	Be- setzung	DP	Be- setzung
Fachärztinnen und -ärzte (inkl. Abteilungsvorstände)	11	10	12*)	9	14**)	13
Systemisierte Betten je Fachärztin bzw. -arzt	4,7	5,2	10,0	13,3	8,9	9,6
In Facharztausbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte	5	3	4	4	8	3
Systemisierte Betten je in Facharztausbildung befindlicher/m Ärztin bzw. Arzt	10,4	17,3	30,0	30,0	15,6	41,7
Sonstige Ärztinnen und Ärzte***)	-	7****)	3	6	2	8
Systemisierte Betten je sonstiger/m Ärztin bzw. Arzt	-	7,4	40,0	20,0	62,5	15,6
Ärztinnen und Ärzte insgesamt	16	20	19	19	24	24
Systemisierte Betten je Ärztin bzw. Arzt	3,3	2,6	6,3	6,3	5,2	5,2

*) hievon ein DP für zwei teilbeschäftigte Ärztinnen bzw. Ärzte

***) hievon zwei DP für drei teilbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte

****) d.s. Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt für Allgemeinmedizin sowie Stationsärztinnen und -ärzte

*****) hievon fünf Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung im Gegenfach

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, war umgelegt auf die systemisierten Betten die Personalausstattung mit Ärztinnen und Ärzten in der Orthopädischen Abteilung des DSP insgesamt deutlich höher als in den beiden anderen betrachteten orthopädischen

Einrichtungen. Dies traf auch nach Berücksichtigung der gesperrten Betten zu, welche das Verhältnis von tatsächlich aufgestellten Betten zur Anzahl der Ärztinnen bzw. Ärzte im Orthopädischen Zentrum des OWS auf 5,7 und im GER auf 4,7 grundsätzlich verbesserten. Dazu war allerdings anzumerken, dass lt. Mitteilung der GED im Jahr 2007 die Frequenz in der Orthopädischen Ambulanz des DSP um rd. 60 % über jener des GER lag, wobei das Orthopädische Zentrum des OWS wiederum weniger als die Hälfte der Ambulanzfrequenz des GER aufwies, was sich auch in einer entsprechenden arbeitsmäßigen Mehrbelastung für die in der Orthopädischen Abteilung des DSP tätigen Ärztinnen und Ärzte niederschlug.

Vom Vorstand der zuletzt genannten Orthopädischen Abteilung wurde weiters darauf verwiesen, dass von deren Ärztinnen und Ärzten auch orthopädische Patientinnen und Patienten der kinderchirurgischen Abteilung des DSP im Bedarfsfall mitbetreut werden müssten.

Von besonderer Bedeutung für die verfügbaren OP-Kapazitäten erschien dem Kontrollamt insbesondere die jeweilige abteilungsspezifische Ausstattung mit Fachärztinnen und -ärzten für Orthopädie. Dazu zeigte der Vergleich, dass in allen geprüften Einrichtungen mehr solcher DP genehmigt als zum Zeitpunkt der Einschau tatsächlich besetzt waren, wobei in der Orthopädischen Abteilung des DSP diesbezüglich lediglich ein DP temporär nicht besetzt war. Demgegenüber waren im Orthopädischen Zentrum des OWS drei derartige DP bzw. im GER ein solcher DP auf Dauer mit Ärztinnen bzw. Ärzten anderer medizinischer Fachrichtungen als Orthopädie (nämlich Allgemeinmedizin bzw. physikalische Medizin) besetzt worden.

Bezüglich der Zahl der jeweils genehmigten Nachtdienste und deren Verhältnis zur Zahl der systemisierten Betten zeigte sich folgendes Bild:

	Nachtdienste		
	Orthopädische Abteilung DSP	Orthopädisches Zentrum OWS	GER
Anzahl der Ärztinnen bzw. Ärzte je Nachtdienst	2	2	3
Systemisierte Betten je Ärztin bzw. Arzt im Nachtdienst	26,0	60,0	41,7

Auch bei den Nachtdiensten war hinsichtlich des Bettenschlüssels eine deutliche Unausgewogenheit zwischen den drei Einrichtungen festzustellen. Im Gegensatz zu der Orthopädischen Abteilung des DSP standen dem Orthopädischen Zentrum des OWS und dem GER allerdings drei bzw. zwei DP für Stationsärztinnen bzw. -ärzte (d.s. Ärztinnen bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin, deren primäre Aufgabe die nichtfachärztliche Betreuung der Patientinnen und Patienten auf den Stationen ist) an Wochentagen untertags zur Verfügung. Vom Vorstand der Orthopädischen Abteilung des DSP wurde darauf hingewiesen, dass die im Nachtdienst befindlichen Ärztinnen und Ärzte der angeführten Abteilung im Bedarfsfall auch in der von der 2. Medizinischen Abteilung betriebenen internen Aufnahmestation/Notfallambulanz tätig würden.

4.1.2.2 Im Zusammenhang mit den Diensterteilungen erhob das Kontrollamt, dass in der Orthopädischen Abteilung des DSP im Zusammenhang mit der Erhöhung des systemisierten Bettenstandes im Jahr 2004 neben einer Personalaufstockung auch eine Flexibilisierung der Blockdienstzeiten der Ärztinnen und Ärzte sowohl an der orthopädischen Abteilung (nunmehr von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr) als auch an der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin (nunmehr von 7.45 Uhr bis 17.45 Uhr) von ursprünglich Fünf- auf nunmehr Zehnstundendienste erfolgt ist.

Demgegenüber beschränkte sich die Blockdienstzeit des Orthopädischen Zentrums des OWS zum Zeitpunkt der Prüfung auf am Vormittag abzuleistende Fünfstundendienste (7.30 Uhr bis 12.30 Uhr), lediglich die Diensterteilungen der im Anästhesiedienst tätigen Ärztinnen und Ärzte waren z.T. auf Sechs-, Acht- oder Zehnstundendienste ausgelehnt worden.

Die Diensterteilungen für die Fachärztinnen und -ärzte für Orthopädie im GER waren auf eine Kerndienstzeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr ausgerichtet, während für einen Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin eine Normaldienstzeit bis 13.30 Uhr und für einen weiteren eine solche bis 14.00 Uhr vorgesehen war.

Da - wie im Pkt. 4.1 dargestellt - im Orthopädischen Zentrum des OWS und im GER ungeachtet der angeführten Diensterteilungen häufig über die angeführten Zeiten hi-

nausgehend orthopädische Eingriffe vorgenommen wurden, schlugen sich diese Mehrleistungen auch in der Verrechnung einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Überstunden nieder. So gelangten lt. Auskunft der jeweiligen Abteilungen Personal im OWS für die in den jeweiligen orthopädischen Einrichtungen tätigen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2007 rd. 2.700 Überstunden und im GER rd. 3.600 Überstunden zur Auszahlung, während im DSP von den Ärztinnen und Ärzten der Orthopädischen Abteilung weniger als 900 Überstunden verrechnet wurden.

4.1.3 Pflegedauer bei Implantationen von H-TEP und K-TEP

Die Auslastung von Spitalsbetten bzw. die Zahl der vorzuhaltenden Betten ist in hohem Maß auch von der Pflegedauer abhängig. Das Kontrollamt untersuchte daher weiters, wie sich die Pflegedauer in den in die Einschau einbezogenen orthopädischen Einrichtungen im Zusammenhang mit Implantationen von H-TEP und K-TEP entwickelte.

4.1.3.1 Wie bereits im Pkt. 1.1.1.1 dieses Berichtes erwähnt, kann - abhängig vom Gesamtzustand der Patientin bzw. des Patienten - in der Regel von etwa sieben bis zwölf Tagen Spitalsaufenthalt im Zusammenhang mit der Implantation einer H-TEP sowie von zwölf bis 14 Tagen stationärer Pflege bei Implantation einer K-TEP ausgegangen werden.

Für die Analyse der Pflegedauer in den einzelnen geprüften Einrichtungen zog das Kontrollamt jeweils die im Jahr 2007 am häufigsten verrechnete MEL 14.08 "Totalendoprothetik des Hüftgelenks mit der speziellen medizinischen Einzelleistung 4262 (Totalendoprothese des Hüftgelenks)" sowie die MEL 14.10 "Totalendoprothetik des Kniegelenks mit der speziellen medizinischen Einzelleistung 4352 (Totalendoprothese des Kniegelenks)" heran. Für die Verrechnung im erstgenannten Fall lag gemäß LKF die Untergrenze der Belagsdauer bei elf Tagen und die Obergrenze bei 25 Tagen (dies entspricht einer Pflegedauer von zwölf bis 26 Tagen), während bei der MEL 14.10 in Verbindung mit der speziellen MEL 4352 von zwölf Tagen bis 26 Tagen (dies entspricht einer Pflegedauer von 13 bis 27 Tagen) ausgegangen wurde.

4.1.3.2 Die Einschau ergab, dass im Jahr 2007 zwar von allen geprüften orthopädischen Einrichtungen die weitaus überwiegende Zahl der Fälle innerhalb der gemäß LKF

vorgesehenen Belagsdauer entlassen wurde, sich die Dauer der Spitalsaufenthalte anstaltsweise aber sehr wohl unterschiedlich gestaltete.

So betrug die Pflegedauer in der Orthopädischen Abteilung des DSP bei Implantationen von H-TEP bei mehr als der Hälfte der Patientinnen und Patienten 14 oder 15 Tage, weitere rd. 17 % waren nach 16 oder 17 Tagen stationärer Pflege nach Hause entlassen worden. Hingegen verbrachten im Zusammenhang mit dem gegenständlichen Eingriff im Orthopädischen Zentrum des OWS rd. 45 % der Patientinnen und Patienten 16 oder 17 Tage im Spital, während die Pflegedauer lediglich bei rd. 8 % der Fälle 14 oder 15 Tage betrug. Im GER lag die Pflegedauer bei einem Drittel der Patientinnen und Patienten bei Implantationen von H-TEP zwischen 14 oder 15 Tagen, weitere rd. 28 % verbrachten 16 oder 17 Tage im Spital. Die stärkste Streuung bzgl. der im Zusammenhang mit einem derartigen Eingriff stehenden Pflegedauer war im AKH festzustellen, in dem z.B. bei rd. einem Fünftel der Fälle auch Pflegedauern von nur elf oder zwölf Tagen vorlagen, die in den orthopädischen Abteilungen der TU 1 nahezu nicht zum Tragen kamen.

Ein ähnliches Bild zeigte auch die Auswertung der Pflegedauer infolge der Implantation von K-TEP, die im DSP bei mehr als der Hälfte der Patientinnen und Patienten 14 oder 15 Tage betrug, während im Orthopädischen Zentrum des OWS nur rd. 5 % der Patientinnen und Patienten nach dieser Pflegedauer nach Hause entlassen wurden. Der Schwerpunkt lag dort mit rd. 45 % der Fälle bei 16 oder 17 Tagen. Im GER verteilte sich bei etwa der Hälfte der Fälle die Pflegedauer auf 14 bis 17 Tage. Rund 40 % der Patientinnen und Patienten der Universitätsklinik für Orthopädie wies eine Pflegedauer von 15 oder 16 Tagen auf; bei rd. einem Drittel lag sie unter diesen Werten.

Zwischen den Pflegedauern von Patientinnen und Patienten der AKL und jenen der SKL zeigten sich insgesamt keine auffälligen Unterschiede.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten, die sich den gegenständlichen chirurgischen Eingriffen unterzogen, lag bzgl. Implantationen von H-TEP zwischen 63 Jahren (in der Universitätsklinik für Orthopädie im AKH) und 67 Jahren (im GER). Bei

Implantationen von K-TEP belief sich das Lebensalter der operierten Personen im Durchschnitt zwischen 67 Jahren (im Orthopädischen Zentrum des OWS sowie in der Universitätsklinik für Orthopädie im AKH) und 71 Jahren (im GER).

4.1.4 Feststellungen des Kontrollamtes

4.1.4.1 In Bezug auf die Auslastung der den jeweiligen orthopädischen Einrichtungen zur Verfügung stehenden OP-Kapazitäten ergab die Prüfung, dass die pro Wochentag vorgesehenen aber auch tatsächlich erbrachten OP-Zeiten je OP-Saal im Orthopädischen Zentrum des OWS sowie im GER deutlich unter jenen der Orthopädischen Abteilung des DSP sowie der Universitätsklinik für Orthopädie im AKH lagen. Während nämlich das Ende des OP-Betriebes im Orthopädischen Zentrum des OWS vielfach und im GER grundsätzlich mit 13.00 Uhr vorgesehen war, nutzte die Orthopädische Abteilung des DSP ihre OP-Säle bis 18.00 Uhr. Das Kontrollamt verkannte aber nicht, dass in den beiden erstgenannten Einrichtungen immer wieder länger operiert wurde als grundsätzlich vorgesehen war, was sich auch in einer entsprechend hohen Anzahl von den Ärztinnen und Ärzten vergüteten Mehrdienstleistungen zu Buche schlug. Ungeachtet dessen zeigte sich insbesondere im Orthopädischen Zentrum des OWS, dass die dort vorgehaltene OP-Kapazität im Ausmaß von vier OP-Sälen im Hinblick auf deren Auslastung noch einen hohen Spielraum bot.

4.1.4.2 Die dargestellten Unterschiede hinsichtlich der täglichen OP-Betriebszeiten waren nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen, dass in Relation zu der Zahl der systemisierten Betten die Orthopädische Abteilung des DSP gegenüber dem Orthopädischen Zentrum des OWS und dem GER mit Ärztinnen und Ärzten wesentlich besser ausgestattet war. Allerdings waren die der Orthopädischen Abteilung des DSP zur Verfügung stehenden OP-Kapazitäten - die sich bis auf einen Tag in der Woche auf einen OP-Saal beschränkten - sehr begrenzt, wodurch die Erbringung der im Pkt. 3.1.1.3 angeführten operativen Leistungen nur durch die Einführung von Blockdienstzeiten für die Ärztinnen und Ärzte von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr möglich war.

Das bestehende Ungleichgewicht bzgl. der Personalausstattung mit Ärztinnen und Ärzten war in besonderem Maße im Orthopädischen Zentrum des OWS im Hinblick auf

die für die OP-Tätigkeiten besonders wichtige Bedienstetengruppe der Fachärztinnen und -ärzte noch dadurch verstärkt worden, dass von den zwölf genehmigten DP lediglich neun tatsächlich mit Ärztinnen bzw. Ärzten der medizinischen Fachrichtung Orthopädie besetzt waren.

4.1.4.3 Schließlich ergab auch die Prüfung der Pflegedauer bei Implantationen von H-TEP und K-TEP merkbare Unterschiede zwischen den einzelnen in die Betrachtung einbezogenen Einrichtungen. So wurden nach solchen Eingriffen mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten aus der Orthopädischen Abteilung des DSP verhältnismäßig rasch entlassen, während insbesondere im Orthopädischen Zentrum des OWS die Mehrzahl der Fälle sich länger in stationärer Betreuung befand.

Insgesamt zeigte sich aber, dass die Pflegedauer bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten z.T. vielfach jene Werte überschritt, die gemäß den Internetrecherchen des Kontrollamtes bei normalem Verlauf im Zusammenhang mit derartigen chirurgischen Eingriffen als üblich anzusehen seien. Anzumerken war dazu, dass der Abteilungsvorstand im Orthopädischen Zentrum des OWS ebenso wie der Ärztliche Direktor im GER eine Senkung der durchschnittlichen Pflegedauer im Zusammenhang mit den gegenständlichen chirurgischen Eingriffen aus medizinischer Sicht als möglich betrachteten, wobei hierbei das Lebensalter der Patientinnen und Patienten nicht außer Acht gelassen werden dürfe.

4.1.4.4 Zusammenfassend gewann das Kontrollamt daher den Eindruck, dass in stark ausgeprägter Form im Orthopädischen Zentrum des OWS Ressourcen für eine Ausweitung des OP-Betriebes vorhanden wären, die z.T. kurzfristig bereits durch eine vollständige Besetzung der bestehenden genehmigten DP mit Fachärztinnen und -ärzten für Orthopädie besser genutzt werden könnten. Darüber hinaus zeigte die gegenständliche Einschau aber auch, dass sich die Personalausstattung der einzelnen geprüften Einrichtungen mit Ärztinnen und Ärzten sehr unterschiedlich darstellte. Weiters war eine maßgebliche Flexibilisierung der Diensterteilungen der bei der Stadt Wien beschäftigten Ärztinnen und Ärzte - die eine hohe Auslastung der dort nur eingeschränkt vorhandenen OP-Kapazitäten mit sich brachte - bisher erst lediglich in der Or-

thopädischen Abteilung des DSP vorgenommen worden. Nicht unerwähnt sollte bleiben, dass in dieser Anstalt seit dem Jahr 2006 ein Projekt mit den Zielen der Flexibilisierung der Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte, der Verbesserung des OP-Managements und der Einführung einer EDV-gestützten Personaleinsatzplanung des ärztlichen Personals verfolgt wurde.

4.1.4.5 Von der Universitätsklinik für Orthopädie im AKH wurde ein auf Wiener Verhältnisse umgelegtes internationales Konzept zur Betreuung von Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit Implantationen von H-TEP und K-TEP mit verkürzter Aufenthaltsdauer entwickelt. Gemäß diesem könnten für derartige Eingriffe vorgesehene etwas jüngere und sonst gesunde Patientinnen und Patienten auf einer Station zusammengefasst und im Wochenrhythmus täglich eine bestimmte Zahl solcher Personen aufgenommen und gemeinsam betreut werden. Im gegenständlichen Konzept wurde bei diesen Patientinnen und Patienten von einer Pflegedauer zwischen fünf und sieben Tagen ausgegangen. Die Umsetzung eines derartigen Konzeptes in einer orthopädischen Einrichtung des KAV könnte bei einer nicht unbeträchtlichen Zahl der gegenständlichen Eingriffe die Pflegedauer merklich verkürzen und damit die OP-Leistungen entsprechend erhöhen.

Das Kontrollamt empfahl daher der GED des KAV, die diesbezüglichen Überlegungen der angeführten Klinik im Hinblick auf deren langfristige Umsetzungsmöglichkeiten innerhalb der Unternehmung weiter zu verfolgen und dabei aber auch einnahmenrelevante Aspekte (LKF) im Auge zu behalten.

Gegenüber dem Betrachtungszeitraum wurde der OP-Betrieb im Orthopädischen Zentrum des OWS und auch im GER verändert. Gegenwärtig wird an der Orthopädischen Abteilung des OWS dreimal wöchentlich bis 16.30 Uhr und im GER täglich in allen drei OP-Sälen bis 15.00 Uhr operiert. Eine Ausweitung wird Schritt für Schritt weiterhin betrieben. Die Facharztdienstposten im OWS setzen sich wie folgt zusammen: Ein Primarius, acht Fachärztinnen bzw. -ärzte, vier Assistenzärztinnen bzw. -ärzte, drei Stations-

ärztinnen bzw. -ärzte und ein zusätzlicher Orthopäde mit 20 Wochenstunden.

4.2 Auslastung vorhandener Kapazitäten in den Einrichtungen für Augenheilkunde

Zur Beurteilung der Frage, ob die Kapazitäten hinsichtlich der Cat-OP in den Krankenanstalten des KAV ausreichend ausgelastet wurden, erhob das Kontrollamt die zur Verfügung stehenden OP-Säle, die vorgesehenen OP-Betriebszeiten, die Anzahl der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte, deren Diensterteilungen und Dienstzeiten sowie die Pflegedauer bei Cat-OP.

4.2.1 Anzahl der OP-Säle sowie OP-Zeiten in den Einrichtungen für Augenheilkunde

Für operative Eingriffe standen in den Einrichtungen für Augenheilkunde OP-Säle und Eingriffsräume zur Verfügung. Die OP-Säle waren entweder den bettenführenden Stationen räumlich angeschlossen (wie z.B. im KHR) oder standen der Abteilung in der zentralen OP-Einheit der jeweiligen Anstalt zur Verfügung (wie z.B. im DSP). Die Eingriffsräume wiederum waren jeweils unmittelbar in den Ambulanzen der Einrichtungen für Augenheilkunde situiert.

Die Cat-OP können sowohl in OP-Sälen als auch unter bestimmten Voraussetzungen in Eingriffsräumen durchgeführt werden, wobei derartige Eingriffe in der Regel in Lokalanästhesie ohne Zuziehung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Anästhesie vorgenommen werden.

4.2.1.1 Die Augenabteilung des DSP verfügte über einen OP-Saal in der zentralen OP-Einheit und einen Eingriffsraum in der Augenambulanz. Die jeweiligen Regelbetriebszeiten waren im Betrachtungszeitraum der Jahre 2003 bis 2007 unverändert von Montag bis Freitag jeweils von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr festgelegt. Laut Mitteilung des Abteilungsvorstandes würden die tatsächlichen OP-Zeiten allerdings üblicherweise täglich etwa eine Stunde über die oben angeführten Zeiten hinausgehen.

4.2.1.2 Die OP-Betriebszeiten der Augenabteilung in der KAR waren seit dem Jahr 2000 sukzessive ausgeweitet worden. So wurde zunächst an einem Nachmittag pro

Woche, ab dem Jahr 2003 an zwei Nachmittagen und ab dem Jahr 2005 an drei Nachmittagen sowie zusätzlich an zwei Vormittagen operiert. Zum Zeitpunkt der Einschau standen für OP täglich der Augen-OP-Saal von 7.45 Uhr bis 15.00 Uhr sowie der Eingriffsraum von 8.30 Uhr bis 13.00 Uhr, von Dienstag bis Donnerstag zusätzlich ein OP-Saal in der zentralen OP-Einheit von 13.00 Uhr bis 18.00 Uhr und ein weiterer OP-Saal an Montagen und an zwei Freitagen im Monat jeweils in der Zeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr zur Verfügung.

4.2.1.3 Die Augenabteilung des KHR konnte im Betrachtungszeitraum zwei OP-Säle nutzen. Laut Auskunft der interimistischen Leiterin der Abteilung wären die Regelbetriebszeiten der beiden OP-Säle bis Sommer 2007 von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr bzw. 14.00 Uhr gewesen. Danach wären die Betriebszeiten in einem OP auf 16.00 Uhr verlängert worden, um die Wartezeiten bei Cat-OP abzubauen. Die OP am Nachmittag würden hierbei jeweils von der Dienst habenden Ärztin bzw. vom Dienst habenden Arzt durchgeführt werden.

Eine durch das Kontrollamt vorgenommene Auswertung der OP-Beginn- und -Endzeiten für jeweils sechs Wochen der Jahre 2007 und 2008 zeigte, dass in diesem Zeitraum in der gegenständlichen Abteilung die tatsächlichen OP-Zeiten um rd. 20 % gesteigert werden konnten. Im Durchschnitt waren die beiden OP-Säle im Betrachtungszeitraum des Jahres 2008 täglich jeweils rd. sechs Stunden in Betrieb.

4.2.1.4 Der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie standen in der zentralen OP-Einheit zwei OP-Säle von Montag bis Freitag sowie ein weiterer OP-Saal am Mittwoch und Donnerstag zur Verfügung. Unmittelbar in der Klinik war für die tagesklinische Leistungserbringung ein Ambulanz-OP-Saal situiert, der allerdings lt. Auskunft der Frau Vorstand für eine Ausweitung der tagesklinischen Leistungen einen limitierenden Faktor darstellte. Die Betriebszeiten waren für alle OP-Säle von 7.30 Uhr bis 15.30 Uhr festgelegt worden.

4.2.2 Personalausstattung der Einrichtungen für Augenheilkunde mit Ärztinnen und Ärzten sowie deren Diensterteilungen

4.2.2.1 Die Anzahl der genehmigten DP für Ärztinnen und Ärzte, die tatsächliche Beset-

zung (auf Basis von Vollzeitäquivalenten) und deren Verhältnis zur Zahl der systemisierten Betten (DSP: 32, KAR: 37, KHR: 32) stellten sich zum Zeitpunkt der Einschau wie folgt dar:

Personalausstattung mit Ärztinnen und Ärzte	Augenabteilung					
	des DSP		der KAR		der KHR	
	DP	Be- setzung	DP	Be- setzung	DP	Be- setzung
Fachärztinnen und -ärzte (inkl. Abteilungsvorstände)	9 ^{*)}	9	10 ^{*)}	10	7 ^{*)}	6 ^{**)}
Systemisierte Betten je Fachärztin bzw. -arzt	3,6	3,6	3,7	3,7	4,6	5,3
In Facharztausbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte	4	4	5	7 ^{***)}	6	6
Systemisierte Betten je in Facharztausbil- dung befindlicher/m Ärztin bzw. Arzt	8,0	8,0	7,4	5,3	5,3	5,3
Sonstige Ärztinnen und Ärzte	-	-	-	-	0,5	0,5
Systemisierte Betten je sonstiger/m Ärztin bzw. Arzt	-	-	-	-	64,0	64,0
Ärztinnen und Ärzte insgesamt	13	13	15,0	17,0	13,5	12,5
Systemisierte Betten je Ärztin bzw. Arzt	2,5	2,5	2,5	2,2	2,4	2,6

^{*)} hievon ein DP für zwei teilbeschäftigte Ärztinnen bzw. Ärzte

^{**)} Abteilungsvorstand derzeit unbesetzt

^{***)} davon zwei Ärztinnen bzw. Ärzte in Ausbildung in Gegenfächern in der Anstalt

Aus der Tabelle geht hervor, dass das Verhältnis der systemisierten Betten zur Gesamtzahl der DP für die Ärzteschaft in allen drei Krankenanstalten nahezu gleich war. Bei der tatsächlichen Besetzung wies die KAR mit 2,2 Betten pro Ärztin bzw. Arzt einen leicht besseren Wert auf als die beiden anderen Augenabteilungen.

Deutlichere Abweichungen zeigten sich hingegen bei der Zahl der systemisierten Betten pro tatsächlich besetztem DP je Fachärztin bzw. Facharzt. So kamen auf eine Fachärztin bzw. einen Facharzt im KHR 5,3 systemisierte Betten, während dies im DSP und der KAR weniger als vier systemisierte Betten waren. Bei Abzug von fünf auf Dauer gesperrten Betten verbesserte sich dieser Wert in der KAR auf 3,2 systemisierte Betten pro Fachärztin bzw. Facharzt. Allerdings wies die letztgenannte Krankenanstalt auch die höchste Ambulanzfrequenz auf.

Die Anzahl der genehmigten DP für Fachärztinnen und -ärzte und solcher in Ausbildung blieb im Betrachtungszeitraum der Jahre 2003 bis 2007 in allen Augenabteilungen der

TU 1 gleich. Als einzige Einrichtung wurde in der Augenabteilung des KHR ab dem Jahr 2005 eine Ärztin für Allgemeinmedizin mit 20 Wochenstunden als Stationsärztin beschäftigt. Mit 1. Jänner 2008 war die Zahl der Fachärztinnen und -ärzte in der Augenabteilung der KAR um zwei teilbeschäftigte Fachärztinnen bzw. -ärzte mit je 20 Wochenstunden für den Abbau von OP-Wartelisten erhöht worden.

Die Anzahl der genehmigten Nachtdienste und deren Verhältnis zur Zahl der systemisierten Betten ist nachstehender Tabelle zu entnehmen:

	Nachtdienste		
	Augenabteilung DSP	Augenabteilung KAR	Augenabteilung KHR
Anzahl der Ärztinnen bzw. Ärzte je Nachtdienst	2	2	2
Systemisierte Betten je Ärztin bzw. Arzt im Nachtdienst	16	18,5	16

In allen Augenabteilungen wurden zum Zeitpunkt der Einschau jeweils zwei Ärztinnen bzw. Ärzte im Nachtdienst eingesetzt. Im KHR wurde allerdings für die Zeit nach Fertigstellung von Umbauarbeiten in jenem Pavillon, in dem die Augenabteilung untergebracht ist, eine gemeinsame Nachtdienstpräsenz mit der dann dort ebenfalls wieder situierten Hals-, Nasen-, Ohren-Abteilung vereinbart.

4.2.2.2 Die Regeldienstzeit der Ärzteschaft war in der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH von 7.30 Uhr bis 15.30 Uhr und in den Augenabteilungen der Krankenanstalten der TU 1 grundsätzlich von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr festgelegt. Darüber hinaus wurde die Dienstzeit in der Augenabteilung der KAR seit dem Jahr 2000 teilweise flexibilisiert. Demnach war es durch die Entscheidung, vorerst an einem Tag in der Woche auch nachmittags zu operieren, notwendig geworden, die Dienstzeit für eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Augenheilkunde und eine Assistentin bzw. einen Assistenten auf 13.00 Uhr bis 18.00 Uhr zu verlegen. Diese Vereinbarung war zum Zeitpunkt der Einschau unverändert in Kraft. Die in den Folgejahren auf mehrere Nachmittage ausgedehnten OP-Zeiten wurden z.T. durch die Frau Vorstand der genannten Abteilung, aber auch durch Mehrdienstleistungen anderer Ärztinnen bzw. Ärzte abgedeckt, wobei z.B. im Jahr 2007 von diesen rd. 2.300 Überstunden geleistet wurden.

4.2.2.3 Ungeachtet dessen, dass es Ziel der Augenabteilung der KAR war, die Zahl der chirurgischen Eingriffe durch eine Ausweitung der OP-Zeiten an den Nachmittagen weiter zu steigern, blieb eine im Juli 2006 auf unbestimmte Zeit abgeschlossene Kooperationsklärung zwischen der Augenabteilung der KAR und dem Rechtsträger der Krankenanstalt H. aufrecht. Zweck dieser Erklärung ist es, einerseits der Krankenanstalt H. die Erbringung von Leistungen auf dem Gebiet der Fachrichtung Augenheilkunde für ein eingeschränktes Leistungsspektrum zu ermöglichen und andererseits die Wartezeiten für Cat-OP in der KAR abzubauen. Demnach sollen jeweils montags ab 13.00 Uhr vier bis fünf Cat-OP von Ärztinnen und Ärzten der KAR in der Krankenanstalt H. durchgeführt werden. Die Bereitstellung des sonstigen Personal- und Sachaufwandes ist durch die Krankenanstalt H., welches die Patientinnen und Patienten aufnimmt und auch abrechnet, sicherzustellen. Die Honorierung der in ihrer Freizeit tätigen Ärztinnen und Ärzte der KAR erfolgt im Sinn der Kooperationsklärung durch die Krankenanstalt H.

4.2.3 Pflegedauer bei Cat-OP

4.2.3.1 Im Rahmen der Einschau wurde weiters die Pflegedauer für die MEL 1554 und 1555 - das waren durchschnittlich rd. 97 % aller Cat-OP in den Jahren 2003 bis 2007 - näher betrachtet. Die LKF sah für diese Leistungen eine Belagsdauer mit einer Untergrenze von einem Tag und einer Obergrenze von vier Tagen (dies entspricht einer Pflegedauer von zwei bis fünf Tagen) vor.

Im Regelfall verbrachten die Patientinnen und Patienten bei einer stationären Aufnahme für eine Cat-OP zwei Nächte in der Krankenanstalt. Am ersten Tag wurden die Patientinnen und Patienten aufgenommen und die entsprechenden Voruntersuchungen durchgeführt. Am zweiten Tag wurde der Eingriff vorgenommen und am Folgetag wurden die Patientinnen und Patienten nach einer Kontrolluntersuchung entlassen.

Bei den im AKH ab dem Jahr 2007 in hohem Ausmaß erbrachten tagesklinischen Leistungen hingegen wurden die Patientinnen und Patienten mangels einer stationären Aufnahme bereits mehrere Tage vor der OP in der Tagesklinik vorbereitet. Erst danach wurden die Eingriffe innerhalb eines bestimmten Zeitraumes an einem lange vorher fixierten Tag in der Tagesklinik durchgeführt. Die postoperative Kontrolle war schließlich

Augenfachärztinnen und -ärzten vorbehalten, die im niedergelassenen Bereich tätig sind.

4.2.3.2 Die Pflegedauer der Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen für Augenheilkunde des KAV stellte sich im Betrachtungszeitraum wie folgt dar:

Pflegedauer	2003	2004	2005	2006	2007	2003 bis 2007 in %
DSP	4,3	4,3	4,6	4,2	4,3	-
KAR	3,1	3,0	3,0	2,9	3,0	-3,2
KHR	5,2	5,1	5,3	4,7	4,1	-21,2
AKH	3,4	3,4	3,1	3,0	1,9	-44,1

Während die Pflegedauer im DSP auf etwa gleichem Niveau blieb, ging sie in der KAR geringfügig und im KHR sowie im AKH deutlich zurück. Von den Augenabteilungen der TU 1 wies jene der KAR im Jahr 2007 die niedrigste Pflegedauer auf. Der Vorstand der Augenabteilung im DSP führte die dort erhobene Pflegedauer z.T. auf zunächst sozial bedingte Aufnahmen von Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen - die in weiterer Folge einer Cat-OP unterzogen wurden - zurück. Im KHR wiederum wurde auf die dort geübte Praxis, bei Patientinnen und Patienten mit schlechtem Gesundheitszustand beide Augen im Zuge einer durchgehenden stationären Aufnahme zu operieren, verwiesen. Der besonders deutliche Rückgang der Pflegedauer an der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH resultierte aus der bereits im Pkt. 3.2.4.1 erwähnten Inbetriebnahme der Tagesklinik.

Weitere Erhebungen für das Jahr 2007 zeigten auch deutliche Unterschiede in der Pflegedauer zwischen Patientinnen und Patienten der AKL und der SKL. So lag diese bei Patientinnen und Patienten der AKL in der Augenabteilung des DSP um rd. 2,5 Tage und im KHR um rd. einen halben Tag über jener von Patientinnen und Patienten der SKL. In der KAR war die Pflegedauer in beiden Gebührenklassen annähernd gleich hoch. In der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH hingegen verbrachten Patientinnen und Patienten der AKL rd. 1,5 Tage weniger in der Krankenanstalt als in der SKL aufgenommene Personen.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten für eine Cat-OP lag in den Einrichtungen für Augenheilkunde zwischen 71 Jahren in der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH und jeweils 74 Jahren in den Augenabteilungen der KAR und des KHR. Das Lebensalter jener Personen, die in der Tagesklinik der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH behandelt wurden, lag im Durchschnitt bei 71 Jahren und entsprach damit jenem aller Patientinnen und Patienten dieser Klinik mit einem derartigen chirurgischen Eingriff.

4.2.4 Feststellungen des Kontrollamtes

4.2.4.1 Den Einrichtungen für Augenheilkunde im KAV standen für die Vornahme von Cat-OP entsprechende OP-Säle bzw. Eingriffsräume grundsätzlich in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung. Die vorgesehenen Zeiten für Routineeingriffe waren im Betrachtungszeitraum der Jahre 2003 bis 2007 an der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH auf Grund des bestehenden Dienstzeitmodells der Medizinischen Universität Wien generell täglich von Montag bis Freitag mit acht Stunden festgelegt, während sich diese in den Augenabteilungen der TU 1 - mit Ausnahme der KAR - im Wesentlichen weiterhin auf die Kerndienstzeiten an Wochentagen beschränkten.

4.2.4.2 Die tatsächliche Personalausstattung der Einrichtungen für Augenheilkunde in der TU 1 mit Ärztinnen und Ärzten entsprach - abgesehen von freien Stellen bis zu deren Nachbesetzung - dem genehmigten DP-Plan. Bemerkenswert war allerdings - bei ähnlicher Größe der Abteilungen - die unterschiedliche Anzahl an genehmigten DP für Fachärztinnen bzw. -ärzten in den einzelnen Einrichtungen.

Als Regeldienstzeit galt für Ärztinnen und Ärzte in den Augenabteilungen der TU 1 nach wie vor eine Blockdienstzeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr mit der Verpflichtung zur Leistung von mindestens vier Nachtdiensten im Monat. Lediglich in der Augenabteilung der KAR war darüber hinaus für einen Nachmittag pro Woche für zwei Ärzte die Dienstzeit von 13.00 Uhr bis 18.00 Uhr festgelegt worden.

Das Kontrollamt empfahl daher der GED des KAV, noch stärker als bisher auf die Flexibilisierung der Ärztedienstzeiten besonderes Augenmerk zu legen. In diesem Zusam-

menhang wurde angeregt zu hinterfragen, ob die bestehende Vereinbarung der KAR mit dem Rechtsträger der Krankenanstalt H. nicht ein Hemmnis für die rasche Umsetzung einer Verlängerung der Ärztedienstzeiten in der Augenabteilung der KAR darstellt, weshalb die Aufrechterhaltung des gegenständlichen Vertrages überdacht werden sollte.

An der Augenabteilung der KAR wird dreimal wöchentlich bis 18.00 Uhr operiert. An der Augenabteilung des KHR wird von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr bzw. bis 14.00 Uhr operiert, seit dem Jahr 2005 wurde fallweise auch über die Regelbetriebszeit bis 16.00 Uhr operiert. Mit der Errichtung der Wochenklinik ist ein täglicher OP-Betrieb von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr vorgesehen.

Die Kooperation der KAR mit der Krankenanstalt H. hat sich im Sinn der Versorgung der Kataraktpatientinnen bzw. -patienten sehr bewährt und würde sich bei Auflösung der Kooperationserklärung nachteilig auf die Patientinnen- bzw. Patientenversorgung auswirken. Von der GED des KAV und von der Führung der KAR sind unabhängig davon alle Anstrengungen und Maßnahmen geplant, zusätzlich zur bestehenden Patientinnen- bzw. Patientenversorgung in der Krankenanstalt H. und in der KAR die OP-Betriebszeit in der KAR täglich auf 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr für elektive Eingriffe festzulegen und somit zu erweitern. Die GED des KAV schließt sich der Meinung des Kontrollamtes vollinhaltlich an, dass die Kooperation zwischen der KAR und der Krankenanstalt H. der weiteren Flexibilisierung und Individualisierung der Diensterteilung der Fachärztinnen bzw. -ärzte dem erwähnten Ziel der noch stärkeren Ressourcennutzung der OP-Einsatzzeiten in der KAR nicht entgegenstehen darf.

4.2.4.3 Hinsichtlich der durchschnittlichen Pflegedauern bei Cat-OP war festzustellen, dass diese einerseits insgesamt über den internationalen Vergleichszahlen lagen (s.

Pkt. 1.1.2.1), und andererseits die einzelnen Einrichtungen des KAV unterschiedliche Pflegedauern aufwiesen. So führte die Errichtung der Tagesklinik in der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH zu einem deutlichen Rückgang der durchschnittlichen Pflegedauer für Cat-OP. Die festgestellten unterschiedlich langen Pflegedauern von Patientinnen und Patienten der SKL und jenen der AKL legten den Schluss nahe, dass sich diese möglicherweise nicht ausschließlich an der jeweiligen medizinischen Notwendigkeit orientierten, sondern auch von wirtschaftlichen Aspekten beeinflusst wurden.

4.2.4.4 Zusammenfassend war festzustellen, dass die vorhandenen Kapazitäten in den Einrichtungen für Augenheilkunde durch Maßnahmen wie eine deutliche Steigerung der tagesklinischen Leistungserbringung, die Senkung der Pflegedauern auf das unbedingt erforderliche Ausmaß, die weitere Flexibilisierung der Ärztinnen- und Ärztarbeitszeiten und damit verbundene längere OP-Betriebszeiten besser ausgelastet werden könnten und folglich einen effizienteren Ressourceneinsatz ermöglichen würden.

Im Zuge der Verstärkung des tagesklinischen Angebots, aber auch in Anbetracht einer im gegenständlichen Fachbereich verhältnismäßig niedrigen Anzahl von Akuteingriffen in den Abend- und Nachtstunden nach 18.00 Uhr sollte die generelle Vorhaltung von zwei Nachtdiensten in den Augenabteilungen der Anstalten der TU 1 überdacht werden. Es wurde daher empfohlen, im Zusammenhang mit der vorzunehmenden Personalbedarfsberechnung für Ärztinnen und Ärzte abteilungsbezogen auch deren Arbeitsanfall im Nachtdienst einer Betrachtung zu unterziehen und aufbauend auf dieser Untersuchung die Zahl der jeweils vorzuhaltenden Nachtdienste zu evaluieren. Diese Maßnahmen sollten nach Ansicht des Kontrollamtes prioritär insbesondere in jenen Einrichtungen vorgenommen werden, in denen in naher Zukunft die Ausweitung der tagesklinischen Strukturen eine Reduktion des stationären Angebots zur Folge haben müsste.

Die weitere Flexibilisierung der Ärztinnen- bzw. Ärztarbeitszeit wird vorangetrieben.

Zur Nachtdienstleistung sei erwähnt, dass im KHR nur eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Augenheilkunde vorgesehen ist, da Akutfälle im DSP, im AKH und in der KAR behandelt werden.

5. Planung von Elektiv-OP

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

Frage II/1: Wie erfolgt die Planung von Elektivoperationen in den Krankenanstalten des KAV? Welche Planungsinstrumente werden von den jeweiligen Abteilungen genutzt? Sind die Planungsinstrumente dazu geeignet bzw. gibt es Vorkehrungen, die tatsächliche Wartezeit (Durchschnittswerte ermittelt über einen bestimmten Zeitraum) auf eine Elektivoperation standardisiert zu erheben?

Frage II/3: Wie viele Termine für eine der oben genannten Elektivoperationen können pro Werktag und Patient der Sonderklasse bzw. der Allgemeinen Klasse vergeben werden? Wie erklären sich etwaige Unterschiede zwischen den Terminkapazitäten für Patientinnen und Patienten der Sonderklasse und solchen der Allgemeinen Klasse?

Einleitend war zu den im Prüfersuchen angeführten Fragen betreffend die Vorgangsweise bei der Planung von Elektiv-OP anzumerken, dass während des Zeitraumes der unmittelbaren Einschau des Kontrollamtes zwar von jeder geprüften Einrichtung noch eigene Planungsinstrumente genutzt wurden, zeitgleich jedoch die GED des KAV schrittweise die unternehmensweite Implementierung eines speziellen EDV-Systems, das u.a. die bisher verwendeten Planungsinstrumentarien sukzessive ersetzen sollte, vornahm. Auf dieses während der gegenständlichen Prüfung im KAV neu eingeführte Anmeldesystem wurde im Pkt. 7.2.2 näher eingegangen.

5.1 OP-Planung in den orthopädischen Einrichtungen

Gegenstand der nachstehenden Ausführungen sind die Darstellung der bisher von den einzelnen orthopädischen Einrichtungen verwendeten Planungsinstrumente sowie die Vorgangsweise bzgl. deren Terminvergaben und Planungen hinsichtlich der Anzahl der täglich durchzuführenden Implantationen von H-TEP und K-TEP.

5.1.1 Orthopädische Abteilung des DSP

5.1.1.1 Wie das Kontrollamt vom Abteilungsvorstand der Orthopädischen Abteilung des DSP bzw. der von ihm mit der Handhabung der OP-Terminvergaben betrauten Mitarbeiterin in Erfahrung brachte, erfolge bei der überwiegenden Zahl der Patientinnen bzw.

Patienten, die nach Ansicht der zuweisenden Ärztin bzw. des zuweisenden Arztes möglicherweise die Implantation einer H-TEP oder K-TEP benötigten, eine Abklärung der Notwendigkeit bzw. der Dringlichkeit des Eingriffs im Rahmen eines Ambulanzbesuches. Die Ergebnisse dieser Untersuchung würden auch in standardisierter Form (mittels "Harris-Hip-Score") unter Angabe des Schweregrads der Erkrankung dokumentiert und danach bei notwendigen Eingriffen die Terminvergabe in einem so genannten OP-Vormerkkalender vorgenommen werden.

5.1.1.2 Bei dem OP-Vormerkkalender handelte es sich um ein händisch geführtes Planungsinstrumentarium, in dem wochenweise für jeden Arbeitstag eine bestimmte Zahl von OP-Arten - aufgeteilt auf täglich insgesamt zwölf Felder des Kalenders - vorgedruckt war. Ein Teil dieser Felder betraf solche OP, die für den Eingriffsraum der Orthopädischen Abteilung vorgesehen waren, während neben Implantationen von H-TEP und K-TEP Eingriffe im Bereich der Wirbelsäule, der Schulter und des Kreuzbandes ausschließlich in der zentralen OP-Einheit geplant waren. Im gegenständlichen Kalender waren jeweils für Montage, Dienstag und Freitage vier, für Mittwoch drei und für Donnerstag zwei Felder für die zuletzt genannten chirurgischen Eingriffe vorgesehen. Von diesen insgesamt 17 wöchentlich geplanten Eingriffen in der zentralen OP-Einheit standen zehn für die Vormerkung von Implantationen bzw. auch Reimplantationen von H-TEP und K-TEP zur Verfügung. Eine Eintragung des Zeitpunktes der Terminvergabe war im OP-Vormerkkalender nicht vorgesehen.

In vier der insgesamt 17 Felder war der Vermerk SKL enthalten, wobei es sich bei zwei dieser Felder um solche für die Planung der gegenständlichen Implantationen handelte. Dies bedeutete, dass grundsätzlich 20 % der Felder für die Vormerkung von Implantationen von H-TEP und K-TEP für Patientinnen und Patienten der SKL zur Verfügung standen. Demgegenüber betrug die Zahl der für solche Personen vorgehaltenen Betten im Jahr 2007 - wie im Pkt. 3.1.1 bereits angeführt - rd. 8 % aller Betten, wobei der prozentuelle Anteil der Implantationen von H-TEP und K-TEP in der SKL geringfügig unter diesem Wert lag.

5.1.1.3 Wie dem Kontrollamt von der für die Führung des OP-Vormerkkalenders zuständigen Bediensteten mitgeteilt wurde, würden die OP-Termine bei Patientinnen und

Patienten, die nicht als Akutfälle gelten, grundsätzlich chronologisch vergeben werden. Die beiden mit dem Vermerk SKL vorgesehenen Felder würden in einem ersten Schritt für Patientinnen und Patienten der SKL freigehalten. Bei mangelndem Bedarf würden diese für die Eintragung von Akutfällen genutzt werden, wobei dringend zu operierende Patientinnen und Patienten ebenso bei einem Ausfall von bereits vergebenen Terminen eingeschoben würden.

Als Akutfall würden aus medizinischer Sicht Patientinnen und Patienten mit Hüftgelenksdestruktion, mit Gehunfähigkeit sowie einer Bewertung gemäß "Harris-Hip-Score" unter 25 Punkten gelten. Darüber hinaus würden jedoch auch für eine allfällige Vorreihung des OP-Termins soziale Aspekte, wie etwa ein drohender Arbeitsplatzverlust infolge der Erkrankung, Berücksichtigung finden.

5.1.2 Orthopädisches Zentrum des OWS

5.1.2.1 Nach Auskunft des Abteilungsvorstandes des Orthopädischen Zentrums des OWS würde nur bei etwa der Hälfte der Patientinnen und Patienten die Festlegung, ob eine Implantation notwendig sei, in der Ambulanz erfolgen. Bei den Übrigen obläge die diesbezügliche Entscheidung jenen in der gegenständlichen Einrichtung beschäftigten Ärztinnen und Ärzten, die im Rahmen einer Nebenbeschäftigung eine Ordination betreiben sowie ehemaligen Fachärztinnen und -ärzten des Orthopädischen Zentrums des OWS, die im niedergelassenen Bereich tätig sind.

5.1.2.2 In der gegenständlichen Abteilung erfolgte die Planung der Terminvergaben durch händisch geführte OP-Vormerklisten unter ergänzender Zuhilfenahme eines EDV-Systems. Im Gegensatz zu dem OP-Vormerkkalender in der Orthopädischen Abteilung des DSP handelte es sich bei den handschriftlichen Aufzeichnungen um eine tageweise Vormerkliste, in der keine Felder für bestimmte OP-Arten vorgesehen waren. In dieser Vormerkliste wurden die Namen der für OP vorgesehenen Patientinnen und Patienten grundsätzlich der Reihe nach eingetragen, wobei nach der Art des Eingriffs jeweils eine farbliche Kennzeichnung vorgenommen wurde. Somit sah die gegenständliche Vormerkliste keine bestimmte Anzahl von geplanten Eingriffen an Patientinnen und Patienten der SKL vor, sondern an diese wurden jene Termine vergeben, die durch Freiwerden eines bereits verplanten OP-Termins wieder zur Verfügung standen.

Unter Zuhilfenahme des EDV-Systems wurden zusätzlich wesentliche Daten der Patientinnen und Patienten, die Diagnosen sowie die geplanten OP-Termine, aber auch allfällige Terminverschiebungen elektronisch dokumentiert. Eine Erfassung des Zeitpunktes der Terminvergabe wurde nicht in den OP-Vormerklisten, jedoch - bezogen auf den Einzelfall - im verwendeten EDV-System vorgenommen.

Laut Mitteilung des Orthopädischen Zentrums des OWS wäre grundsätzlich vorgesehen, für jeden Arbeitstag drei Implantationen von K-TEP und drei von H-TEP - also insgesamt 30 pro Woche - einzuplanen. Diese informelle Vorgabe würde sich aber auch nach geplanten anderen Eingriffen richten und könne sowohl unter- aber auch überschritten werden.

5.1.2.3 Wie der Abteilungsvorstand dem Kontrollamt gegenüber ausführte, unterscheide das Orthopädische Zentrum des OWS informell in vier Dringlichkeitsstufen. So wäre eine Vorreihung von Patientinnen und Patienten mit einer zumutbaren konservativen Schmerztherapie nicht notwendig, hingegen würden Personen mit starken Schmerzen oder Funktionsbeeinträchtigung sowie mit einer progressiven Verschlechterung ihres Zustandes als dringlich zu operierend betrachtet. Bei diesen Patientinnen und Patienten wäre die Abteilung bemüht, einen OP-Termin innerhalb eines Zeitraumes von zwei bis drei Monaten festzulegen.

Als Akutfall, der so rasch wie möglich zu operieren sei, wurden hochgradige Schmerzen, Immobilität, eine Infektion, eine neurologische Komplikation bzw. eine manifeste Knochendestruktion genannt. In Einzelfällen würden aber auch soziale Aspekte (wie die Gefahr des Verlustes des Arbeitsplatzes oder die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger) bei der Vergabe von OP-Terminen Berücksichtigung finden.

5.1.3 GER

5.1.3.1 Im GER brachte das Kontrollamt vom Ärztlichen Direktor in Erfahrung, dass in den meisten Fällen die Notwendigkeit der Implantation von H-TEP oder K-TEP im Zuge eines Ambulanzbesuches der betroffenen Patientinnen bzw. Patienten festgestellt werde. Darüber hinaus obläge es einigen - noch oder ehemals - in der Anstalt tätigen

Fachärztinnen und -ärzten unmittelbar im Rahmen ihrer Ordinationstätigkeit eine derartige Festlegung vorzunehmen.

5.1.3.2 Planungsinstrumentarium für die Vormerkungen von OP war ein in der Ambulanz der Anstalt geführter OP-Vormerkkalender, der für jede Kalenderwoche vier A3-Seiten umfasste. Auf diesen vier Seiten waren insgesamt 100 Felder für die Eintragung von OP-Terminen vorgesehen, wobei die Felder je nach Art des zu planenden Eingriffs farblich anders gekennzeichnet waren. Von diesen wochenweise 100 zu verplanenden Eingriffen waren explizit 25 für H-TEP und K-TEP vorgesehen, von denen wiederum fünf die Kennzeichnung SKL (d.s. 20 % aller für die gegenständlichen OP vorgesehenen Felder) enthielten. Dazu war anzumerken, dass im GER im Jahr 2007 - wie im Pkt. 3.1.3 bereits dargestellt - der Anteil der Betten, der für Patientinnen und Patienten der SKL genutzt hätte werden können, zwischen 13 % und 14 % lag. Die Zahl der in der SKL durchgeführten gegenständlichen Eingriffe betrug im Jahr 2007 weniger als 10 % aller Implantationen von H-TEP und K-TEP.

Neben den Feldern, die für speziell definierte Arten von Eingriffen vorgesehen waren, enthielt der OP-Vormerkkalender auch noch allgemein gehaltene Felder, nämlich fünf für "Akutoperationen", fünf für "große Operationen", zehn für "sonstige mittlere Operationen" sowie neun blanke Felder ohne Vorgaben bzgl. der Eintragung. Grundsätzlich war im GER auch vorgesehen, in den einzelnen Feldern des OP-Vormerkkalenders Terminvergaben jeweils mit Datum und Paraphe zu dokumentieren.

5.1.3.3 Die Führung des OP-Vormerkkalenders oblag den jeweils in der Ambulanz tätigen Ärztinnen und Ärzten, wobei grundsätzlich vorgesehen war, die Termine nach Maßgabe der für die jeweilige OP-Art zur Verfügung stehenden Felder fortlaufend zu vergeben.

Auch im GER wurden die grundsätzlich für die SKL vorgesehenen Felder nicht nur für solche Patientinnen und Patienten sondern ebenfalls für Akutfälle genutzt. Wie dazu der Ärztliche Direktor ausführte, könne es sich hierbei sowohl um medizinische als auch soziale Indikationen handeln. Als medizinische Indikation bezeichnete er alle Krank-

heitsbilder, die eine Verschlechterung des lokalen Befundes bedingen würden (z.B. Knochentumore, Osteonekrosen mit zunehmender Destruktion der Gelenksteile, Implantatlockerungen mit mechanischer Verlagerung der Gelenksteile und bakterielle Entzündungen im Gelenksbereich). Als weitere medizinische Indikationen nannte der Ärztliche Direktor alle Frakturen im Gelenksbereich aber auch das Vorhandensein starker lokaler Schmerzen.

Soziale Indikationen wären dann gegeben, wenn eine Patientin bzw. ein Patient als Folge der Gelenkserkrankung nicht mehr in ihrer bzw. seiner Wohnung leben könne und zwingend auf fremde Hilfe angewiesen sei oder Gefahr laufe, durch die Erkrankung den Arbeitsplatz zu verlieren.

Schließlich erwähnte er, dass auch Patientinnen und Patienten der SKL, die bei unerwünscht langer Wartezeit möglicherweise die Behandlung in einer Anstalt außerhalb des KAV bevorzugen könnten, ebenfalls als dringlichere Vormerkung gewertet würden.

5.1.4 Universitätsklinik für Orthopädie im AKH

5.1.4.1 Laut Auskunft des Vorstandes der Universitätsklinik für Orthopädie wären die insgesamt 30 der gegenständlichen Klinik zugeteilten Ärztinnen und Ärzte in sechs unterschiedlichen Teams tätig, die jeweils über bestimmte medizinische Schwerpunkte verfügten. Hierbei handelte es sich um ein Kinder-, ein Tumor-, ein Sport-, ein Wirbelsäulen- und ein Rheumateam sowie ein Team Endoprothetik. Implantationen von H-TEP und K-TEP oblag hauptsächlich dem letztgenannten Team, würden aber schon allein aus Gründen der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte auch von den anderen Teams immer wieder vorgenommen.

Da in der Universitätsklinik der Grundsatz gelten würde, dass jene Fachärztinnen bzw. -ärzte, welche die Untersuchungen in der Ambulanz durchführten, auch operieren sollten, wäre jedes Team für die Belegung der ihm zugeordneten Betten und die OP-Planung selbst verantwortlich.

Die Zuweisung vorzunehmender Implantationen von H-TEP und K-TEP erfolgte grundsätzlich im Weg niedergelassener Fachärztinnen bzw. -ärzte, wobei in der Regel die

endgültige Abklärung und Festlegung eines OP-Termins im Rahmen eines Ambulanzbesuches vorgenommen werde. So wie in der Orthopädischen Abteilung des DSP würden die Ergebnisse dieser Untersuchungen in standardisierter Form (mittels "Harris-Hip-Score" und "Knee Society Score") unter Angabe des Schweregrads der Erkrankung dokumentiert und für notwendige Eingriffe die Terminvergabe in einem so genannten OP-Vormerkbuch erfolgen.

Bei Patientinnen und Patienten der SKL, die über die vom Klinikvorstand neben seiner Tätigkeit im AKH betriebene Ordination zugewiesen würden, werde - ohne weiteren Ambulanzbesuch - ein allfälliger OP-Termin von ihm vorgemerkt.

5.1.4.2 Planungsinstrumentarium für die chirurgischen Eingriffe war das in der Ambulanz händisch geführte OP-Vormerkbuch, in dem jede Kalenderwoche auf einem A3-Blatt abgebildet wurde. Die Eintragungen erfolgten durch die jeweils in der Ambulanz tätigen Ärztinnen und Ärzte aller Teams. Das OP-Vormerkbuch umfasste pro Kalenderwoche 45 für die sechs Teams vordefinierte Felder, darüber hinaus bot es Platz für insgesamt elf weitere Eintragungen. Das gegenständliche Planungsinstrumentarium verfügte über keine explizit ausgewiesenen Felder für Implantationen von H-TEP und K-TEP, vielmehr waren z.B. für die Planung der chirurgischen Eingriffe des Teams Endoprothetik Felder mit der Bezeichnung "Reko" (Rekonstruktion) vorgesehen. Insgesamt standen diesem Team für die Planung sieben so bezeichnete Felder zur Verfügung, wobei eines den Vermerk Lokalanästhesie (und somit nicht für Implantationen von H-TEP und K-TEP vorgesehen) und zwei andere zusätzlich den Vermerk SKL enthielten.

Die weiteren 38 Felder standen grundsätzlich den anderen Teams für ihre OP-Planung zur Verfügung, jeweils ein Feld war an vier Tagen der Woche grundsätzlich für kurzfristig auftretende Notfälle vorgesehen.

5.1.4.3 Auch in der Universitätsklinik für Orthopädie erfolgte die Terminvergabe durch die jeweils in der Ambulanz tätigen Ärztinnen und Ärzte in chronologischer Reihenfolge - allerdings nicht klinik- sondern teambezogen - durch Eintragung in das gemeinsam

geführte OP-Vormerkbuch. Ebenso wie in den übrigen Anstalten wurden Akutfälle immer wieder eingeschoben und innerhalb weniger Wochen operiert.

Als Akutfälle wurden Patientinnen und Patienten mit einer Luxation, einer Fraktur und einer Lockerung des Implantats sowie mit einer Bewertung gemäß "Harris-Hip-Score" bzw. "Knee Society Score" unter 30 Punkten genannt.

5.1.5 Feststellungen des Kontrollamtes

5.1.5.1 Wie sich anhand der Erhebungen zeigte, erfolgte die Planung von chirurgischen Eingriffen in den orthopädischen Einrichtungen des KAV im Betrachtungszeitraum nahezu ausschließlich ohne EDV-Unterstützung durch händisch geführte Aufzeichnungen. Eine standardisierte Auswertung der Wartezeiten auf planbare OP war mit diesen Planungsinstrumenten nicht möglich. Es zeigte sich aber auch, dass mit Ausnahme des Orthopädischen Zentrums des OWS und des GER keine orthopädische Einrichtung in dem jeweils von ihr verwendeten OP-Vormerkssystem eine Dokumentation des Zeitpunkts der Festlegung eines OP-Termins vorgesehen hatte, wodurch auf Grundlage dieser Planungsinstrumente eine Erhebung der Wartezeiten schon allein deshalb undurchführbar gewesen wäre.

5.1.5.2 Eine tageweise Angabe der vorgesehenen Termine für Implantationen von H-TEP und K-TEP im Sinn des Prüfersuchens erschien dem Kontrollamt insofern nicht zweckmäßig, als jede der orthopädischen Einrichtungen des KAV eine große Bandbreite verschiedener chirurgischer Leistungen - mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen - anbot. Die Planung der Erbringung dieses Gesamtspektrums erfolgte in allen orthopädischen Einrichtungen jeweils standardisiert durch eine wöchentlich grundsätzlich gleichbleibende Vorgangsweise. Insgesamt waren in den vier geprüften Einrichtungen wöchentlich jeweils zwischen zehn und 30 Implantationen von H-TEP und K-TEP vorgesehen, wobei die diesbezüglichen Planungen auf Grundlage der im Pkt. 4 angeführten Rahmenbedingungen sowie unter Berücksichtigung anderer vorzusehender chirurgischer Eingriffe vorgenommen wurden.

In jenen beiden orthopädischen Einrichtungen, in denen aus den Planungsgrundlagen auch der prozentuelle Anteil der bei Patientinnen und Patienten der SKL vorgesehenen

gegenständlichen Implantationen ersichtlich war, zeigte sich zunächst, dass diese mit einem Anteil von 20 % der Planungsfelder für OP in der SKL unter der lt. Wr. KAG möglichen Bettenkapazität von 25 % für die SKL lagen. Bei Heranziehung der in der Praxis vorgefundenen Gegebenheiten standen für die Patientinnen und Patienten der SKL in Relation zu den für sie zur Verfügung stehenden Betten mehr OP-Planungsfelder zur Verfügung, als für die in der AKL aufgenommenen Personen. Wie die Anzahl und der relativ niedrige Anteil der an Patientinnen und Patienten der SKL tatsächlich erbrachten diesbezüglichen Eingriffe allerdings zeigte, wurden die für diese Personengruppe reservierten OP-Felder letztlich nicht ausgeschöpft.

Somit stand für die deutlich geringere Anzahl an Patientinnen und Patienten, die diese Gebührenklasse tatsächlich in Anspruch nahmen, ausreichend Spielraum zur Verfügung, um ihnen die Vornahme eines gegenständlichen chirurgischen Eingriffs ohne längere Wartezeiten zusichern zu können.

Nicht außer Acht zu lassen war aber auch der Umstand, dass die OP-Planungsfelder bei mangelndem Bedarf in der SKL in weiterer Folge für Patientinnen und Patienten der AKL - insbesondere für Akutfälle - genutzt wurden.

Wie das Kontrollamt festhält, wurden die geplanten Eingriffe in den Orthopädien mit dem Schwerpunkt der medizinischen Dringlichkeit vorgenommen. Zeitgleich zur Einschau des Kontrollamtes wurde von der GED zentral das EDV-Projekt "OPERA" etabliert. Die ersten Auswertungen mithilfe dieses EDV-Systems konnten bereits Ende März 2008 erstellt werden.

Da in den einzelnen orthopädischen Einrichtungen zwar in ähnlicher, jedoch nicht in gleichartiger Weise die Definition eines Akutfalls bzw. dringlichen Falls vorgenommen wurde, empfahl das Kontrollamt, etwa durch die Erstellung einer entsprechenden Leitlinie innerhalb der orthopädischen Einrichtungen des KAV eine entsprechende Vereinheitlichung der diesbezüglichen Vorgangsweise anzustreben.

5.2 OP-Planung in den Einrichtungen für Augenheilkunde

In der Folge werden die im Betrachtungszeitraum verwendeten Planungsinstrumentarien für Elektiv-OP in den einzelnen Einrichtungen für Augenheilkunde dargestellt.

5.2.1 Augenabteilung des DSP

5.2.1.1 Nach Auskunft des Abteilungsvorstandes der o.a. Einrichtung würden die Patientinnen und Patienten in der Regel von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten der Augenambulanz zugewiesen. Im Rahmen dieses Ambulanzbesuches würde endgültig festgelegt, ob eine Cat-OP erforderlich sei und gegebenenfalls ein Termin für diesen Eingriff vereinbart. Lediglich für die aus seiner Privatordination zugewiesenen Patientinnen und Patienten erübrigte sich ein Ambulanzbesuch, da von ihm über die Notwendigkeit einer OP in der Regel unmittelbar im Rahmen des Ordinationsbesuches entschieden werde.

5.2.1.2 Grundlage für die OP-Planung war ein in der Augenambulanz von den Ärztinnen und Ärzten händisch geführtes OP-Vormerkbuch. Dieses wies für jeden Tag zwölf Felder - nämlich jeweils sechs Felder für den Eingriffsraum und für die zentrale OP-Einheit - für die Vormerkung von geplanten Eingriffen auf.

Mit Ausnahme der Donnerstage wurden pro Wochentag im OP-Vormerkbuch vier Cat-OP - u.zw. jeweils zwei im Eingriffsraum und zwei in der zentralen OP-Einheit - eingeplant. An Donnerstagen waren nur drei Cat-OP anberaumt, da an diesen Tagen schwerpunktmäßig Schiel-OP durchgeführt wurden. Die Gesamtanzahl von 19 Cat-OP pro Woche bildete das langfristige Minimal-OP-Programm ab. Frei bleibende OP-Felder wurden kurzfristig mit weiteren Cat-OP, anderen Eingriffen sowie mit Akutfällen sukzessive belegt.

Parallel zum OP-Vormerkbuch wurde vom Abteilungsvorstand ein Kalender für von ihm aus seiner Privatordination zugewiesenen Patientinnen und Patienten geführt. In diesem waren an jeweils zwei Wochentagen jeweils zwei Patientinnen bzw. Patienten der SKL, also in der Regel insgesamt vier Patientinnen und Patienten vorgemerkt. Die dort vergebenen Termine wurden vom Sekretariat des Abteilungsvorstandes ins OP-Vormerkbuch der Augenabteilung übernommen.

In Zeiten seiner Absenz standen diese vier für Patientinnen bzw. Patienten der SKL vorgesehenen OP-Felder anderen Oberärztinnen bzw. -ärzten der Abteilung für diesbezügliche Terminvergaben zur Verfügung. Laut Auskunft des Abteilungsvorstandes könnte mit dieser vorausschauenden Planung der Cat-OP die permanente Auslastung der beiden Einbettzimmer der Abteilung mit Patientinnen und Patienten der SKL sichergestellt werden.

5.2.1.3 Bei Terminvergaben für Cat-OP würde u.a. auch auf geplante Urlaube oder auf bevorstehende Führerscheinuntersuchungen von Patientinnen und Patienten Rücksicht genommen. Wie der Abteilungsvorstand weiters dem Kontrollamt gegenüber ausführte, würde die Wartezeit (bzw. "Vormerkung") für einen Eingriff an der Augenabteilung z.T. aber auch durch die Belegung von Betten mit Patientinnen bzw. Patienten anderer medizinischer Abteilungen (abteilungsübergreifende Bettenbelegung zur Vermeidung von Überbelag z.B. auf der Unfallchirurgie) beeinflusst werden.

5.2.2 Augenabteilung der KAR

5.2.2.1 Wie das Kontrollamt von der Frau Abteilungsvorstand in Erfahrung brachte, erfolgte die Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu einer Cat-OP entweder im Weg eines Ambulanzbesuches oder durch niedergelassene Fachärztinnen bzw. -ärzte mittels Fax. Die direkte Zuweisung zu einer OP geschähe vor allem durch solche Fachärztinnen und -ärzte, die ihre Ausbildung oder Fortbildungsveranstaltungen in der KAR absolviert hätten und daher dort bekannt wären.

5.2.2.2 Die OP-Terminvergabe - sowohl der Ambulanzpatientinnen bzw. -patienten als auch der direkt aus Ordinationen zugewiesenen Patientinnen und Patienten - wurde durch jeweils zwei Fachärztinnen bzw. -ärzte über einen seit dem Jahr 2002 elektronisch geführten Terminkalender in der Ambulanz vorgenommen. In diesem Terminkalender wurden u.a. die geplante OP-Zeit, die Dauer des Eingriffs, der Name der Patientin bzw. des Patienten sowie die Art des Eingriffs - nicht jedoch der Zeitpunkt der Terminvergabe - eingetragen. Patientinnen bzw. Patienten der SKL wurden darüber hinaus mit dem Buchstaben "S" gekennzeichnet.

Laut Auskunft der Frau Abteilungsvorstand würden in Abhängigkeit zu anderen OP in der Regel am Vormittag drei bis vier und am Nachmittag fünf bis sechs Cat-OP vorgenommen, wobei vormittags maximal acht derartige Eingriffe - falls keine sonstigen OP vorgesehen wären - möglich seien. Die Zahl der vergebenen OP-Termine für Patientinnen bzw. Patienten der SKL richtete sich primär nach ihrer voraussichtlichen persönlichen Verfügbarkeit für die Vornahme von OP.

5.2.2.3 Generell wurden bei der OP-Terminvergabe in der Augenabteilung der KAR verschiedene Dringlichkeitsgrade mitberücksichtigt. So erfolgte eine "akute Aufnahme" bei einer möglichen Erblindungsgefahr. Weiters wurden je nach noch vorhandener Sehschärfe der Patientinnen und Patienten OP-Termine innerhalb von vier bis fünf Wochen bei sehr dringenden Fällen, zwischen sechs und zwölf Wochen bei mittlerer Dringlichkeit, und danach bei Wartezeiten über drei Monaten als "normaler Termin" oder als "Tageschirurgie" vergeben. Für Terminvorreihungen von "normaler Termin" auf "mittlere Dringlichkeit" bzw. von "mittlere Dringlichkeit" auf "sehr dringend" waren als Begründungen Berufstätigkeit, Führerschein, Myopisierung (d.h. ein Katarakt, der zu einer ständig wachsenden Kurzsichtigkeit führt) oder Anisometropie (d.h. unterschiedliche Brechungsverhältnisse von rechtem und linkem Auge) Voraussetzung. Laut Aussage der Frau Vorstand der Augenabteilung würden diese Kriterien sowohl für Patientinnen und Patienten der AKL als auch jene der SKL gelten.

5.2.3 Augenabteilung des KHR

5.2.3.1 Die Vormerkungen für Cat-OP erfolgten in dieser Einrichtung grundsätzlich im Rahmen von Ambulanzbesuchen der Patientinnen und Patienten. Laut Auskunft der mit der interimistischen Leitung betrauten Oberärztin wurde im April 2008 eine Informationsveranstaltung mit Augenfachärztinnen und -ärzten aus der Hauptversorgungsregion inkl. Wiener Umland durchgeführt, um künftig zur Entlastung der Ambulanz die Anmeldung zu einer Cat-OP durch den niedergelassenen Bereich mittels Fax zu forcieren. Bei dieser Form der Anmeldung wäre auch die Möglichkeit vorgesehen, den gegenständlichen chirurgischen Eingriff bei Patientinnen und Patienten entweder aus medizinischen (z.B. Anisometropie) oder sozialen Gründen (z.B. Führerschein erforderlich) als dringlich einzustufen.

5.2.3.2 Grundlage für die OP-Planung war ein vom Sekretariat der Abteilung händisch geführter Kalender. In diesem wurden bis Mitte des Jahres 2007 für jeden Arbeitstag zehn und ab diesem Zeitpunkt zwölf stationäre Aufnahmen für eine Cat-OP eingetragen, wobei zusätzlich pro Woche drei OP für Akutfälle eingeplant waren. Die Terminvergabe erfolgte für alle Patientinnen und Patienten chronologisch nach dem Anmeldedatum, wobei Patientinnen und Patienten der SKL mit dem Vermerk "SKL" gekennzeichnet wurden.

5.2.4 Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie des AKH

5.2.4.1 Seit der Eröffnung der Tagesklinik im Jahr 2007 konnten sich Patientinnen und Patienten zur Durchführung einer Cat-OP entweder für eine tagesklinische Leistungserbringung oder für eine stationäre Aufnahme anmelden. Daher wurden auch zwei Vormerklisten geführt. Die Patientinnen bzw. Patienten wurden entweder im Weg der Ambulanz oder durch niedergelassene Fachärztinnen bzw. -ärzte mittels Fax zugewiesen.

5.2.4.2 Die OP-Terminvergabe erfolgte zentral in einer eigens eingerichteten Terminvergabestelle im Sekretariat der Klinik unter Zuhilfenahme einer EDV-Datenbank. Die Vergabe der Termine wurde nicht bereits im Anschluss an die Untersuchung, bei der die Notwendigkeit einer OP festgestellt wurde, sondern erst einen Monat vor dem geplanten Eingriff chronologisch nach dem Anmeldedatum (Tag des Fax-Einganges oder Tag des Ambulanzbesuches) für jeweils eine Arbeitswoche vorgenommen. Zielsetzung dieser Vorgangsweise war lt. Auskunft der Klinik möglichst sicherzustellen, dass vergabene Termine von den Patientinnen und Patienten auch tatsächlich eingehalten werden. Der Zeitpunkt der Festlegung einer Cat-OP wurde in der Datenbank allerdings nicht zusätzlich dokumentiert.

Hinsichtlich der Terminvergabe für Personen, die in der SKL aufgenommen wurden, führte die Frau Vorstand der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie an, dass bei diesen Patientinnen und Patienten bei der Planung des chirurgischen Eingriffs als zusätzliches Kriterium die zeitliche Verfügbarkeit der operierenden Fachärztinnen bzw. -ärzte hinzukäme.

5.2.4.3 Zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes wurden von der Universitätsklinik standardisierte Formulare für Fax-Anmeldungen neu eingeführt, da die bisher verwendeten Formulare z.B. keine Gründe für Vorreihungen vorsahen. Ungeachtet dessen würden lt. Auskunft der Frau Klinikvorstand fortgeschrittene Katarakte, beidseitige Katarakte, Einäugigkeit oder auch insulinpflichtige Diabetikerinnen und Diabetiker vorrangig behandelt. Neben diesen medizinischen Indikationen wären auch soziale Gründe wie etwa allein lebende Patientinnen bzw. Patienten, Wohnungen im Stock ohne Lift oder drohender Führerscheinentzug bei beruflicher Notwendigkeit Kriterien für eine etwaige Vorreihung.

5.2.4.4 In der Tagesklinik war die tägliche Vornahme von zwölf Cat-OP vorgesehen. Darüber hinaus wurden solche Eingriffe in unterschiedlicher Zahl an stationär aufgenommenen Patientinnen bzw. Patienten in der zentralen OP-Einheit durchgeführt. Für diese Cat-OP wurden keine fixen Kapazitäten vorgehalten. Eine vom Kontrollamt vorgenommene stichprobenweise Auswertung für den Zeitraum 25. Februar bis 21. März 2008 ergab durchschnittlich acht Cat-OP je Arbeitstag, die im stationären Bereich durchgeführt worden waren.

Im AKH wurde die Etablierung der Tagesklinik für die Kataraktchirurgie zielgerichtet interdisziplinär geplant und ökonomisch evaluiert. Es handelt sich dabei um eine komplette Umstrukturierung des patientinnen- bzw. patientenbezogenen Prozesses.

Im Zuge des EDV-Projektes "AKIM" wird das OP-Management im AKH neu organisiert und abgebildet.

5.2.5 Feststellungen des Kontrollamtes

5.2.5.1 Im Betrachtungszeitraum wurde die Planung von Elektiv-OP in den einzelnen Einrichtungen für Augenheilkunde auf unterschiedliche Weise vorgenommen. Die Vergabe von OP-Terminen erfolgte grundsätzlich im DSP und in der KAR durch die in den Ambulanzen tätigen Fachärztinnen und -ärzte und im KHR sowie in der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie im AKH durch Verwaltungspersonal im Sekreta-

riat der Abteilung bzw. einer zentralen Terminvergabestelle. Planungsinstrumentarien waren entweder händisch geführte OP-Vormerkkalender in unterschiedlicher Ausführung oder elektronisch unterstützte Anwendungen. Allen zum Zeitpunkt der Einschau in Verwendung stehenden Planungsunterlagen war gemeinsam, dass aus ihnen das Datum der Terminvergabe für eine OP nicht ersichtlich war. Die eingesetzten Instrumentarien waren daher nicht dazu geeignet, Auswertungen über die tatsächlichen Wartezeiten auf Cat-OP vorzunehmen.

5.2.5.2 Ebenso wie die Planungsinstrumentarien war auch die Anzahl der geplanten Cat-OP in den geprüften Einrichtungen unterschiedlich. So wurde z.B. im DSP mit vier Eingriffen pro Tag ein längerfristiges Minimal-OP-Programm erstellt, welches dann kurzfristig mit weiteren Cat-OP, anderen Eingriffen sowie Akutfällen aufgefüllt wurde. Im Gegensatz dazu sah z.B. die Augenabteilung des KHR von vornherein täglich die Vornahme von bis zu zwölf Cat-OP vor, die dann allerdings erfahrungsgemäß infolge von Absagen bzw. Terminverschiebungen seitens der Patientinnen und Patienten nicht alle durchzuführen waren.

Außer in der Augenabteilung des DSP waren keine fixen Terminkapazitäten für Patientinnen und Patienten der SKL vorgesehen, wobei in diesem Fall die permanente Auslastung der beiden Einbettzimmer der Abteilung erklärtes Ziel des Abteilungsvorstandes war.

5.2.5.3 Im Zusammenhang mit Vormerkungen zu einer Cat-OP wurde festgestellt, dass die vorgesehenen Gründe für eine dringlichere OP in den einzelnen Krankenanstalten z.T. unterschiedlich festgelegt waren. Das Kontrollamt empfahl daher, im Zusammenhang mit Cat-OP KAV-weit einheitliche Dringlichkeitskriterien zu definieren.

6. Dauer der Wartezeiten

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

Frage II/2: Wie lange sind die Wartezeiten auf eine elektive Implantation einer Hüft- bzw. Knieendoprothese und eine Kataraktoperation in den Krankenanstalten des KAV für Patientinnen und Patienten der Sonderklasse bzw. der All-

gemeinen Klasse während des Zeitraumes der Prüfung durch das Kontrollamt? Wie entwickelten sich die Wartezeiten auf diese Operationen in den letzten fünf Jahren? Wie erklären sich etwaige Unterschiede zwischen der Dauer der Wartezeit für Patientinnen und Patienten der Sonderklasse und solche der Sonderklasse? (Gemeint ist hier Allgemeine Klasse)

Frage II/4: Besteht nach Ansicht des Kontrollamtes an den betreffenden Abteilungen eine Ausgewogenheit zwischen den Operationskapazitäten für oben genannte Elektivoperationen für Patientinnen und Patienten der Sonderklasse und solchen der Allgemeinen Klasse vor dem Hintergrund der Limitierung dieser durch die unterschiedliche Zahl an vorhandenen Betten für den jeweiligen Patienten?

Wie bereits einleitend im Pkt. 5 erwähnt, verfügte der KAV zum Zeitpunkt der Einschau noch über kein standardisiertes elektronisches Anmeldesystem für OP. Um die Frage nach der Dauer der Wartezeit "während des Zeitraumes der Prüfung durch das Kontrollamt" dennoch beantworten zu können, wurde im Zuge seiner unmittelbaren Einschau in den einzelnen Einrichtungen jeweils anhand des dort verwendeten Vormerksystems erhoben, zu welchem Zeitpunkt eine Patientin bzw. ein Patient sowohl der AKL als auch der SKL nächstmöglich einen OP-Termin erhalten könnte. Grundlage dieser Erhebung bildete die Annahme, dass es sich bei diesen Personen um keine Akutfälle handle.

Darüber hinaus wurden die durchschnittlichen Wartezeiten im Jahr 2007 durch Stichproben, die jeweils bis zu 100 Fälle (hievon 50 Aufnahmen in der AKL und bis zu 50 Fälle in der SKL) umfassten, ermittelt. Auf Grund der vielfach geringen Anzahl erfolgter Implantationen von H-TEP und K-TEP in der SKL war es z.T. notwendig, alle in dieser Gebührenklasse aufgenommenen Personen mit den entsprechenden MEL in die gegenständliche Betrachtung einzubeziehen. Grundlage für diese Erhebung bildeten in der Regel die elektronisch erfassten Ambulanztermine der Patientinnen und Patienten. Der jeweilige Zeitpunkt eines Ambulanzbesuchs vor der stationären Aufnahme wurde dem Zeitpunkt des im Zuge des chirurgischen Eingriffs erfolgten Spitalsaufenthaltes gegenübergestellt und so annäherungsweise die durchschnittliche Wartezeit eruiert. Diese

Vorgangsweise wurde deshalb gewählt, da neben diesen elektronisch erfassten Daten dem Kontrollamt für seine Untersuchung ansonsten zumeist nur handschriftlich geführte - vielfach schlecht lesbare - Unterlagen (Ambulanzkarten, OP-Protokolle etc.) zur Verfügung gestanden wären. In jenen Fällen, in denen dem stationären Aufenthalt kein Ambulanzbesuch vorhergegangen war bzw. die Wartezeiten das jeweils übliche Ausmaß deutlich überschritten, wurden die Vorstände der geprüften Einrichtungen um Bekanntgabe des Zeitpunktes der OP-Terminvereinbarung bzw. um Abgabe von schriftlichen Stellungnahmen zu den Wartezeiten ersucht.

Für die darüberhinausgehende Darstellung der Entwicklung der Wartezeiten zurück bis zum Jahr 2003 nahm das Kontrollamt in die dazu vorliegenden Unterlagen der GED des KAV Einsicht. Hierbei handelte es sich im Wesentlichen um - in der Abteilung Leistungsentwicklung gesammelte - immer wiederkehrende Schreiben der einzelnen Krankenanstalten, in welchen diese der GED über die jeweils aktuellen Wartezeiten auf bestimmte OP in verschiedenen chirurgischen Fächern berichteten.

6.1 Dauer der Wartezeiten in den orthopädischen Einrichtungen

Nachstehend wurden die während der Einschau erhobenen und die durch Stichproben für das Jahr 2007 vom Kontrollamt eruierten Wartezeiten von Patientinnen und Patienten auf Implantationen von H-TEP und K-TEP in den orthopädischen Einrichtungen des KAV dargestellt. Danach wurde auf die Wartezeiten auf derartige Eingriffe in den weiter zurückliegenden Jahren eingegangen, die basierend auf den in der GED des KAV aufliegenden Aufzeichnungen erhoben wurden.

Grundsätzlich war zu den nachstehend angeführten Wartezeiten insbesondere bei den Patientinnen und Patienten der AKL noch jene Zeit hinzuzurechnen, die zwischen der telefonischen Anmeldung zu einem Termin in der Ambulanz und dem tatsächlichen Besuch dieser Einrichtung verstreicht, wobei es sich hierbei lt. Auskunft der einzelnen Einrichtungen grundsätzlich um Zeiträume von etwa zwei bis vier Wochen handle.

6.1.1 Wartezeiten während der Einschau durch das Kontrollamt

6.1.1.1 In der Orthopädischen Abteilung des DSP war aus dem dort geführten OP-Vormerkkalender ersichtlich, dass zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes

der nächstmögliche Termin für einen nicht akuten, planbaren Eingriff zur Implantation einer H-TEP bzw. K-TEP nach einer Wartezeit von fünf Monaten vergeben hätte werden können.

Patientinnen und Patienten der SKL hätten einen Termin nach rd. sechs Wochen Wartezeit auf den gegenständlichen chirurgischen Eingriff erhalten können, da zu diesem Zeitpunkt noch ein entsprechendes Feld im OP-Vormerkkalender mit dem Vermerk SKL nicht vergeben war. Anzumerken war dazu, dass diese Felder im Vormerksystem der Orthopädischen Abteilung des DSP auch als "Platzhalter" für Akutfälle genutzt wurden.

6.1.1.2 Im Orthopädischen Zentrum des OWS wäre bei einem zum Zeitpunkt der Einschau vereinbarten Termin für Patientinnen und Patienten der AKL der gegenständliche chirurgische Eingriff etwa vier Monate danach vorgenommen worden. Für eine Person, welche die SKL in Anspruch genommen hätte, hätte sich deren Wartezeit auf rd. zwei Monate beschränkt. Dies wäre deshalb möglich gewesen, da solche Personen - so wie auch Akutfälle - zu Terminen eingeschoben werden, die zwar bereits vergeben waren, aber durch Ausfall einer Patientin bzw. eines Patienten zwischenzeitlich wieder frei geworden sind.

Nach Ansicht des Abteilungsvorstandes sollte aus medizinischer Erwägung die Wartezeit auf solche Eingriffe zwar sechs Monate nicht überschreiten, allerdings jedoch auch drei Monate nicht unbedingt unterschreiten, da die Erfahrung gezeigt habe, dass in manchen Fällen nach einer gezielten mehrwöchigen Schmerztherapie von den Patientinnen bzw. Patienten eine OP als nicht mehr erforderlich erachtet werde. Patientinnen und Patienten der SKL würden vielfach lediglich eine Wartezeit von sieben bis acht Wochen akzeptieren, bei einem darüberhinausgehenden Zeitraum würden sie einer anderen Krankenanstalt den Vorzug geben.

6.1.1.3 Im GER hätte zum Zeitpunkt der Einschau die Wartezeit für eine geplante Implantation einer H-TEP oder K-TEP bei der Aufnahme einer Person in der AKL im günstigsten Fall rd. drei Monate betragen. Nach einem weiteren Monat wären eine Reihe von Terminen für einen derartigen Eingriff zur Auswahl gestanden. Eine Patientin bzw.

ein Patient der SKL hätte im GER zum Zeitpunkt der Einschau bereits nach einer Wartezeit von rd. zwei Monaten einen OP-Termin erhalten können.

Auch der Ärztliche Direktor des GER betonte, dass Patientinnen und Patienten der SKL bei langer Wartezeit auf einen Termin für einen chirurgischen Eingriff diesen in einer anderen Krankenanstalt vornehmen lassen würden.

6.1.1.4 In der Universitätsklinik für Orthopädie im AKH zeigte die Einschau, dass die Wartezeit auf die Implantation einer H-TEP oder K-TEP nicht nur von dem Kriterium der Gebührenklasse, in welcher die Patientin bzw. der Patient aufgenommen zu werden wünschte sondern auch von den Terminkapazitäten des jeweiligen Teams abhing, von dem die ambulante Betreuung erfolgte. So wäre zum Zeitpunkt der Prüfung bei einer Terminvereinbarung im Rahmen eines Ambulanzbesuches beim Team Endoprothetik, das in der Regel Implantationen von H-TEP oder K-TEP vornahm, ein diesbezüglicher Eingriff bereits nach drei Monaten Wartezeit möglich gewesen, während das Rheumateam einen solchen Eingriff erst drei weitere Monate später vormerken hätte können. Hingegen zeigte sich, dass Personen mit SKL von beiden Teams innerhalb eines Monats einen OP-Termin erhalten hätten können.

6.1.2 Wartezeiten im Jahr 2007

6.1.2.1 Anhand der vom Kontrollamt vorgenommenen Stichproben ergab sich in Bezug auf die Wartezeiten im Jahr 2007 folgendes Bild:

Patientinnen und Patienten der	Durchschnittliche Wartezeit in Monaten auf die Implantation einer H-TEP oder K-TEP in der Orthopädischen Einrichtung des			
	DSP	OWS	GER	AKH
AKL	4 Monate	3,5 Monate	5 Monate	4 Monate
SKL	2 Monate	2 Monate	2 Monate	3 Monate
Differenz AKL zu SKL	2 Monate	1,5 Monate	3 Monate	1 Monat

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, lagen im Jahr 2007 die durch Stichproben erhobenen Wartezeiten zwischen der Festlegung des OP-Termins und der Vornahme des gegenständlichen Eingriffs für Patientinnen und Patienten der AKL im Durchschnitt zwischen rd. 3,5 Monaten im OWS und fünf Monaten im GER, während sie für die in der SKL aufgenommenen Personen zwischen zwei und drei Monaten lagen.

Auf Grund der vom Kontrollamt gewählten Vorgangsweise war bei den Stichproben eine Unterscheidung zwischen akuten und sonstigen Fällen nicht möglich, wodurch sich möglicherweise bei ausschließlicher Betrachtung der planbaren Routineeingriffe die durchschnittliche Dauer der Wartezeiten etwas länger dargestellt hätte. Diese Unschärfe erschien jedoch vernachlässigbar, da lt. Angaben der Abteilungsvorstände die Zahl der Akutfälle in Relation zu den übrigen Fällen eine geringe sei. Lediglich bei der Auswertung der Stichprobe bzgl. der Patientinnen und Patienten der Universitätsklinik für Orthopädie im AKH gewann das Kontrollamt den Eindruck, dass dort die Zahl der Akut- bzw. dringend zu operierenden Fälle höher als in den übrigen Anstalten war.

6.1.2.2 In einigen Fällen ging die Wartezeit zwischen der Vormerkung und der Vornahme des chirurgischen Eingriffs bei den durch Stichproben erfassten Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von sechs Monaten hinaus. Die Gründe für diese längeren Wartezeiten lagen gemäß den Angaben der hierzu befragten Vorstände z.T. darin, dass die Patientinnen bzw. Patienten einen späteren OP-Termin von sich aus gewünscht hätten (z.B. erst nach dem Sommer, nach der Weihnachtszeit oder nach ihrer Ruhestandsversetzung), in Einzelfällen seien aber auch medizinische Ursachen vorgelegen (wie etwa keine OP-Freigabe durch eine Fachärztin bzw. einen -arzt für Innere Medizin oder auf Grund einer vorangegangenen anderen OP keine Möglichkeit der Handhabung von Krücken). In sehr wenigen Fällen betrug im GER die Wartezeit auf die Implantation einer H-TEP oder K-TEP ohne Vorliegen einer der o.a. Ursachen zwischen sieben und maximal neun Monaten, was mit dem starken Andrang an Patientinnen und Patienten begründet wurde.

6.1.3 Entwicklung der Wartezeiten in den Jahren 2003 bis 2006

6.1.3.1 Den in der GED des KAV aufliegenden Unterlagen zu den Wartezeiten auf Implantationen von H-TEP und K-TEP war zu entnehmen, dass diese in der Orthopädischen Abteilung des DSP zu Beginn des Jahres 2003 zwölf Monate betragen hatte. Im Laufe des Jahres sank sie auf zehn Monate, um im Jahr 2004 wieder auf elf Monate anzusteigen. Der letzten vom DSP vorliegenden Meldung vom Februar 2005 war zu entnehmen, dass die Wartezeit auf die gegenständlichen chirurgischen Eingriffe zu diesem Zeitpunkt bei acht Monaten gelegen hatte. Nach dem Februar 2005 übermittelte

das DSP keine Meldung über die Wartezeiten auf Implantationen von H-TEP und K-TEP mehr an die GED, da lt. Auskunft des Ärztlichen Direktors bzw. des Abteilungsvorstandes der Orthopädischen Abteilung derartige Auskünfte auch nicht mehr von ihnen eingefordert worden wären.

6.1.3.2 Das Orthopädische Zentrum des OWS gab im Jahr 2003 eine Wartezeit auf die angeführten chirurgischen Eingriffe von acht Monaten an. Diese erhöhte sich im Jahr 2004 auf neun Monate und reduzierte sich danach im Sommer 2005 auf sieben Monate. So wie für die Orthopädische Abteilung des DSP lagen in der Abteilung Leistungsentwicklung der GED des KAV auch keine Unterlagen über die Wartezeiten im Orthopädischen Zentrum des OWS betreffend das Jahr 2006 auf.

6.1.3.3 Deutlich länger als in den beiden vorgenannten orthopädischen Einrichtungen stellten sich im Betrachtungszeitraum die Wartezeiten im GER dar.

Diese lagen nämlich in der ehemaligen I. Orthopädischen Abteilung im Jahr 2003 zwischen 16 und 19 Monaten und stiegen in den beiden folgenden Jahren auf bis zu 21 Monate an. Erst im Jahr 2006 konnte ein Rückgang auf vorerst 16 Monate und danach in der zweiten Jahreshälfte auf neun Monate verzeichnet werden.

In der ehemaligen II. Orthopädischen Abteilung betrug die Wartezeiten auf Implantationen von H-TEP und K-TEP im Jahr 2003 zwischen zwölf und 16 Monaten, verblieben im Jahr 2004 bei 16 Monaten und gingen danach auf zwölf bis 13 Monate zurück. Ein weiterer deutlicher Rückgang war schließlich im Jahr 2006 von ursprünglich zehn Monaten in der zweiten Hälfte des gegenständlichen Jahres auf sechs Monate zu verzeichnen.

6.1.3.4 In der Universitätsklinik für Orthopädie im AKH hatten die Patientinnen und Patienten in den Jahren 2003 bis 2005 mit Wartezeiten auf Implantationen von H-TEP und K-TEP von sieben bis acht Monaten zu rechnen, die sich im Jahr 2006 auf sechs Monate reduzierten.

6.1.4 Feststellungen des Kontrollamtes

6.1.4.1 Aus den vorangegangenen Darstellungen der Entwicklung der Wartezeiten auf Implantationen von K-TEP und H-TEP war zu erkennen, dass sich diese im Betrachtungszeitraum der Jahre 2003 bis 2007 in allen orthopädischen Einrichtungen des KAV deutlich verringert hatten. Zum Zeitpunkt der Einschau lag auch für Patientinnen und Patienten der AKL die Wartezeit auf einen derartigen chirurgischen Eingriff in der Regel überall bereits bei weniger als sechs Monaten.

6.1.4.2 Ungeachtet dessen zeigten sowohl die vom Kontrollamt vorgenommenen Stichproben bzgl. der Situation im Jahr 2007 als auch jener zum Zeitpunkt der Prüfung kürzere Wartezeiten in solchen Fällen, in denen Patientinnen bzw. Patienten die SKL in Anspruch nahmen.

Nach Ansicht des Kontrollamtes war dies primär darauf zurückzuführen, dass die von den orthopädischen Einrichtungen jeweils geübten Vorgangsweisen bei der Planung der OP nicht zuletzt auch der Zielsetzung Rechnung trugen, durch Sicherstellung ausreichender freier Kapazitäten dieser Personengruppe eine rasche Vergabe von Terminen für chirurgische Eingriffe zu gewährleisten (vgl. Pkt. 5.1.5.2). Das im Verhältnis zur Nachfrage vorgehaltene verhältnismäßig hohe Angebot an Betten für Patientinnen und Patienten der gegenständlichen Gebührenklasse stellte sicher, dass auch diesbezüglich im Bedarfsfall keine Engpässe zu gewärtigen waren. Die in allen orthopädischen Einrichtungen in unterschiedlicher Ausprägung festgestellten Unterschiede bei den Terminvergaben an Patientinnen und Patienten der AKL und solchen der SKL waren auf die Sorge der Vorstände zurückzuführen, die letztgenannten Fälle an andere orthopädische Einrichtungen zu verlieren. Anzumerken war, dass es nicht zuletzt auch dem KAV finanziell zum Nachteil gereichte, wenn diese Personen ihre chirurgischen Eingriffe in nicht städtischen Krankenanstalten vornehmen ließen.

Schließlich gewann das Kontrollamt bei seinen in allen geprüften orthopädischen Einrichtungen des KAV durchgeführten Stichproben den Eindruck, dass Terminverschiebungen von Patientinnen und Patienten der AKL zu Gunsten solcher der SKL nicht Usus waren.

6.1.4.3 Das Kontrollamt empfahl, insbesondere durch die rasche Umsetzung der im Pkt. 4.1.4 getroffenen Empfehlungen die Zahl der in den orthopädischen Einrichtungen des KAV vorgenommenen Implantationen von H-TEP und K-TEP bedarfsorientiert weiter zu erhöhen. Wie die diesbezügliche Entwicklung im Betrachtungszeitraum nämlich zeigte, kann durch entsprechende Maßnahmen zur Steigerung der Zahl der durchgeführten chirurgischen Eingriffe eine weitere sukzessive Verkürzung der Wartezeiten gewährleistet werden. Dies hätte nicht zuletzt auch zur Folge, dass sich die im Pkt. 5 dieses Berichtes dargestellten von den orthopädischen Einrichtungen bisher praktizierten unterschiedlichen Vorgangsweisen bzgl. der Terminvergaben für Patientinnen und Patienten der AKL und solchen der SKL künftig erübrigen würden.

6.2 Dauer der Wartezeiten in den Abteilungen für Augenheilkunde

Nachstehend wurden die vom Kontrollamt ermittelten Vormerkzeiten auf eine Cat-OP zum Zeitpunkt der Einschau, die von ihm stichprobenweise erhobenen Wartezeiten auf einen derartigen Eingriff im Jahr 2007 sowie die von den Anstalten an die GED des KAV gemeldeten Wartezeiten für die Jahre 2003 bis 2006 dargestellt.

6.2.1 Wartezeiten während der Prüfung durch das Kontrollamt

6.2.1.1 In der Augenabteilung des DSP lagen zum Zeitpunkt der Einschau bzgl. Cat-OP Vormerkungen für Patientinnen bzw. Patienten der AKL über einen Zeitraum von fünf Monaten vor. Darüber hinaus waren vereinzelt Termine auch bereits darüber hinaus fixiert worden. Die späteste Eintragung - lt. Auskunft des Abteilungsvorstandes auf Wunsch des Patienten - wies das OP-Vormerkbuch nach zehn Monaten auf. Wie er weiters ausführte, läge die Vormerkzeit bei Patientinnen und Patienten der AKL in der Regel zwischen einer Woche und sechs Monaten und stünde auch mit deren individuellen Bedürfnissen im Zusammenhang.

Für Patientinnen und Patienten der SKL betrug in der Augenabteilung des DSP die Vormerkzeit rd. drei Monate. Wie dazu der Abteilungsvorstand ausführte, wäre deren Wartezeit vor allem von der Verfügbarkeit eines freien Bettes für diese Gebührenklasse abhängig.

6.2.1.2 Bei der Einschau in der Augenabteilung der KAR lag die Wartezeit auf eine Cat-OP für Patientinnen und Patienten der AKL bei rd. 3,5 Monaten und für jene in der SKL bei rd. zwei Monaten. Dazu wurde von der Frau Vorstand ausgeführt, dass dringliche Cat-OP jedenfalls vorrangig vorgenommen würden.

6.2.1.3 In der Augenabteilung des KHR betrug zum Zeitpunkt der Prüfung die Wartezeit auf eine Cat-OP für Patientinnen bzw. Patienten der AKL und der SKL rd. 3,5 Monate. Laut der mit der interimistischen Leitung betrauten Oberärztin dieser Einrichtung würde zwischen Patientinnen und Patienten der AKL und der SKL bei der OP-Terminvergabe keine Unterscheidung vorgenommen.

6.2.1.4 Wie bereits erwähnt, wurden in der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie eine Vormerkliste für die tagesklinische und eine solche für die stationäre Leistungserbringung geführt. Zum Zeitpunkt der Einschau lag die Wartezeit auf eine Cat-OP in der Tagesklinik bei rd. vier Monaten. Im Fall einer stationären Aufnahme lag sie sowohl für die AKL als auch die SKL bei zwei Monaten. Bei jenen Patientinnen und Patienten, die explizit in der SKL aufgenommen werden wollten, erfolgten Cat-OP grundsätzlich nur im Rahmen einer - in der Regel zweitägigen - stationären Aufnahme. Wie dazu die Frau Vorstand der Universitätsklinik dem Kontrollamt gegenüber mitteilte, könnten Leistungen an Patientinnen und Patienten der SKL, die einen gegenständlichen Eingriff tagesklinisch vornehmen lassen würden, mangels einer entsprechenden Vereinbarung zwischen den privaten Krankenversicherungen und der Ärztekammer, nicht in dieser Gebührenklasse abgerechnet werden. Ungeachtet dessen würden solche Fälle auch die tagesklinisch angebotenen Leistungen als Patientin bzw. Patient der AKL erhalten.

6.2.2 Wartezeiten im Jahr 2007

6.2.2.1 Eine Auswertung der vom Kontrollamt für das gegenständliche Jahr durch Stichprobe ermittelten Wartezeiten auf eine Cat-OP für Patientinnen und Patienten der AKL und jene der SKL ergab Folgendes:

Patientinnen und Patienten der	Durchschnittliche Wartezeit in Monaten in der Einrichtung für Augenheilkunde des/der			
	DSP	KAR	KHR	AKH
AKL	3 Monate	4 Monate	5 Monate	3 Monate
SKL	2 Monate	2 Monate	1,5 Monate	2 Monate
Differenz AKL zu SKL	1 Monat	2 Monate	3,5 Monate	1 Monat

Aus der Tabelle geht hervor, dass im Jahr 2007 Patientinnen und Patienten der SKL durchschnittlich um einen Monat im DSP und im AKH, um zwei Monate in der KAR und um bis zu 3,5 Monate im KHR früher einen Termin für eine Cat-OP erhielten als solche der AKL. Hinsichtlich der Augenabteilung des KHR wurde allerdings festgestellt, dass sich - bei Beschränkung der Auswertung der Daten auf das zweite Halbjahr 2007 - die Wartezeiten von Patientinnen und Patienten der AKL und jenen der SKL bereits annähernd gleich darstellten. Anzumerken war dazu, dass der ehemalige Vorstand dieser Abteilung mit 30. Juni 2007 in den Ruhestand versetzt worden ist.

6.2.2.2 Im Rahmen der Stichprobe wurden bei einigen Patientinnen und Patienten der AKL im Jahr 2007 auch Wartezeiten von über sechs Monaten festgestellt. Diese längeren Vormerkzeiten wurden von den Abteilungsvorständen der Einrichtungen für Augenheilkunde in der Mehrzahl der Fälle mit medizinischen Erfordernissen begründet. Vereinzelt sei es aber auch erklärter Wunsch der Patientinnen bzw. Patienten gewesen, einen OP-Termin erst zu einem späteren Zeitpunkt wahrnehmen zu wollen.

6.2.3 Entwicklung der Wartezeiten in den Jahren 2003 bis 2006

6.2.3.1 Vom DSP wurden die Wartezeiten auf eine Cat-OP regelmäßig halbjährlich an die GED des KAV gemeldet. Während gemäß diesen Schreiben die Wartezeit auf einen derartigen Eingriff in den Jahren 2003 bis 2005 im Durchschnitt noch bei sieben Monaten lag, reduzierte sie sich in der Folge auf drei Monate.

6.2.3.2 Aus der KAR lagen der GED des KAV lediglich zwei Meldungen für das Jahr 2003 vor. Demnach betrug die Wartezeit im März 2003 sieben Monate und im Sommer desselben Jahres neun Monate.

6.2.3.3 Im KHR bewegte sich die Wartezeit auf eine Cat-OP in den Jahren 2003 bis 2006 zwischen vier und sieben Monaten, wobei sie zum Jahreswechsel 2006/07 mit neun Monaten am längsten war.

6.2.3.4 Die dem Kontrollamt vorgelegten Unterlagen enthielten keine Meldungen von Wartezeiten auf Cat-OP von der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie.

6.2.4 Feststellungen des Kontrollamtes

6.2.4.1 In den Einrichtungen für Augenheilkunde ging die Wartezeit auf eine Cat-OP von rd. sieben Monaten im Jahr 2003 auf rd. vier Monate im Jahr 2007 zurück. In allen geprüften Einrichtungen zeigte die stichprobenweise Erhebung für das Jahr 2007, dass Patientinnen und Patienten der SKL eine kürzere Wartezeit auf eine Cat-OP aufwiesen als jene der AKL. Demgegenüber waren zum Zeitpunkt der Einschau in der Augenabteilung der KHR und in der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie des AKH keine Unterschiede mehr bei den Terminvergaben zwischen Patientinnen und Patienten der AKL und solchen der SKL erkennbar.

Die ansonsten kürzeren Wartezeiten in der SKL waren teilweise auf die Bestrebungen der Abteilungsvorstände zurückzuführen, die vorhandenen Einbett- und Zweibettzimmer mit Patientinnen und Patienten der SKL zu belegen. Als Argument für diese Vorgangsweise wurden auch die damit verbundenen höheren Erträge für den KAV angeführt. Weitere Begründungen für die kürzere Wartezeit von Patientinnen und Patienten der SKL waren die Verfügbarkeit bzw. die zeitlichen Ressourcen der von diesen bevorzugten Ärztinnen bzw. Ärzten, die den Eingriff vornehmen sollten. Nicht zuletzt wurde auch argumentiert, dass Patientinnen und Patienten der SKL bei zu langer Wartezeit auf einen OP-Termin den gegenständlichen Eingriff in einer anderen Krankenanstalt vornehmen lassen würden.

6.2.4.2 In Relation zum gesetzlich erlaubten Anteil von 25 % SKL-Betten am Gesamtbettenbestand einer Anstalt wurde in den einzelnen Einrichtungen für Augenheilkunde ein wesentlich kleinerer Anteil an theoretisch für Patientinnen und Patienten der SKL geeigneten Betten vorgehalten bzw. verwendet (s. Pkt. 3.2.5.1). Entsprechend gering stellte sich auch der Anteil an Cat-OP bei Patientinnen und Patienten der SKL dar. Im Betrachtungszeitraum der Jahre 2003 bis 2007 betrug dieser durchschnittlich rd. 5 % bei einer Bandbreite von 1,5 % bis 12,4 %.

Da die Behandlung von Patientinnen und Patienten der SKL auch wirtschaftliche Vorteile in Form von zusätzlichen finanziellen Mitteln für die Krankenanstalten mit sich bringt, wurden zwar vom Kontrollamt grundsätzlich Bemühungen des KAV um diese Personengruppe begrüßt, ungeachtet dessen sollten jedoch unterschiedlich lange Wartezeiten auf erforderliche chirurgische Eingriffe zwischen Patientinnen und Patienten der AKL und der SKL vermieden werden. Die in den Pkten. 3.2.5.2 und 4.2.4.4 empfohlene Steigerung der tagesklinischen Leistungserbringung bzw. Ausdehnung der OP-Zeiten würde jedenfalls eine weitere generelle Verkürzung der Vormerkzeiten auf eine Cat-OP für beide Gebührenklassen ermöglichen.

Durch eine Steigerung der OP-Kapazitäten insgesamt konnten die Wartezeiten für Elektiv-OP sowohl in der Augenheilkunde als auch in der Orthopädie gegenüber den Vorjahren deutlich reduziert werden. Dies gelang bei gleichzeitig demografisch bedingter erhöhter Nachfrage.

7. Plötzlich frei werdende OP-Termine und Mehrfachanmeldungen

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

Frage II/5: Wie begegnet der KAV dem Problem der Doppelt- und Dreifachanmeldung für eine Elektivoperation durch Patientinnen und Patienten sowie plötzlich frei werdenden Kapazitäten durch Patientinnen und Patienten, die vereinbarte Termine nicht wahrnehmen?

Frage II/6: Gibt es eine Zusammenarbeit der Krankenanstalten untereinander, um die Wartezeiten auf eine der oben genannten Elektivoperationen in allen KAV-Spitälern auf etwa gleichem Niveau zu halten?

7.1 Vorgangsweisen bei OP-Terminabsagen

Der KAV verfügte bis zum Zeitpunkt der Einschau über kein unternehmensweites EDV-unterstütztes Anmeldesystem für die Evidenzhaltung von für geplante chirurgische Eingriffe vorgesehene Patientinnen und Patienten. Es oblag daher bisher jeder Einrichtung selbst, entsprechende Strategien zu entwickeln, um nicht nutzbare OP-Kapazitäten durch Terminausfälle zu vermeiden.

7.1.1 Vorgangsweisen zur Vermeidung plötzlich frei werdender Kapazitäten in den orthopädischen Einrichtungen

7.1.1.1 Die orthopädischen Einrichtungen verfügten grundsätzlich über Wartelisten für Akutfälle. Solcherart eingestuften Patientinnen und Patienten wurde zwar ein OP-Termin innerhalb weniger Wochen fix zugewiesen, darüber hinaus wurde ihnen aber auch die Möglichkeit geboten, im Fall kurzfristig frei werdender Kapazitäten hierüber telefonisch verständigt und gegebenenfalls eingeschoben zu werden.

Wie das Kontrollamt in Erfahrung brachte, würde diese Möglichkeit der Vorreihung allerdings nur von wenigen Patientinnen und Patienten genützt, da im Anlassfall viele Betroffene auf Grund privater oder beruflicher Verpflichtungen von diesem Angebot nicht Gebrauch machen würden.

7.1.1.2 Von allen orthopädischen Einrichtungen des KAV werden nicht nur planbare chirurgische Eingriffe sondern auch solche durchgeführt, die aus medizinischen Gründen innerhalb kürzester Zeit nach einer ungeplanten stationären Aufnahme erfolgen müssen. Aus diesem Grund erfolgte die Erstellung des täglichen OP-Programms jeweils sehr kurzfristig in der Regel einen Tag vor der Vornahme der chirurgischen Eingriffe. Diese Vorgangsweise sowie die Tatsache, dass auch Patientinnen und Patienten mit geplanten OP üblicherweise zumindest einen Tag vor dem Eingriff stationär aufgenommen werden, boten weitere Möglichkeiten, flexibel auch auf unerwartete Ausfälle von vorgesehenen OP-Terminen zu reagieren.

7.1.1.3 Darüber hinaus gewann das Kontrollamt den Eindruck, dass die orthopädischen Einrichtungen auch bestrebt waren, durch eine intensive, gewissenhafte Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf den jeweiligen geplanten chirurgischen Eingriff diese bestmöglich zu informieren und auch zu motivieren, eventuell notwendig werdende Terminverschiebungen oder -absagen ihrerseits so rasch wie möglich bekannt zu geben.

7.1.2 Vorgangsweise zur Vermeidung plötzlich frei werdender Kapazitäten in den Einrichtungen für Augenheilkunde

Der Anteil von Ausfällen geplanter OP durch Krankheit, Kuraufenthalte, Mehrfachanmeldungen in Krankenanstalten etc. aber auch bloßes Nichterscheinen zum vorgese-

henen OP-Termin wurde von den Vorständen der Einrichtungen für Augenheilkunde auf etwa 5 % bis 15 % aller Patientinnen und Patienten geschätzt. Um frei werdende OP-Kapazitäten durch kurzfristige Absagen, aber auch durch medizinisch nicht sachgerechtes Verhalten (z.B. Einnahme bestimmter ungeeigneter Medikamente vor dem OP-Termin) zu vermeiden, wurden die Patientinnen bzw. Patienten von den jeweiligen Einrichtungen daher im Vorfeld umfassend schriftlich über den geplanten Eingriff informiert.

Als eine weitere Maßnahme wurden in allen Augenabteilungen der TU 1 händische Listen mit den Namen von Patientinnen und Patienten geführt, die sich im Zuge der OP-Terminvergabe bereit erklärt hatten, auf Abruf den Eingriff auch zu einem früheren als dem ursprünglich geplanten Termin vornehmen zu lassen.

In der Augenabteilung des KHR wurde zusätzlich seit der Übernahme der interimistischen Leitung durch eine Oberärztin die Sollzahl der täglich geplanten Cat-OP um 20 % erhöht. Damit konnten sowohl die nicht vermeidbaren Ausfälle und Absagen von OP-Terminen durch weitere Patientinnen bzw. Patienten kompensiert als auch die Auslastung der OP-Säle in der OP-Betriebszeit - und z.T. darüberhinausgehend - sichergestellt werden. Diese Vorgangsweise bedingte, dass fallweise Patientinnen und Patienten von jener Fachärztin bzw. jenem -arzt operiert wurden, die oder der um 13.00 Uhr den Nachtdienst angetreten hatte.

In der Universitätsklinik für Augenheilkunde wiederum befand sich zum Zeitpunkt der Einschau eine Liste mit Patientinnen und Patienten im Aufbau, die aus medizinischen oder sozialen Gründen für einen vorgezogenen OP-Termin infrage kämen, wobei auch geplant war, die Dringlichkeitsstufe in diese Liste aufzunehmen. Frei werdende Kapazitäten würden dann mit diesen Personen aufgefüllt. Laut Auskunft der Frau Klinikvorstand wären im Betrachtungszeitraum bei Ausfällen von geplant gewesenen OP-Terminen vorwiegend Patientinnen und Patienten eingeschoben worden, bei denen das zweite Auge ebenfalls für eine Cat-OP vorgesehen und die Voruntersuchung bereits durchgeführt worden wäre.

7.2 Maßnahmen zur Vermeidung von Mehrfachanmeldungen

Bis zum Zeitpunkt der Einschau waren weder die orthopädischen Einrichtungen noch

jene für Augenheilkunde in der Lage, von gleichzeitig erfolgten Anmeldungen für derartige chirurgische Eingriffe durch Patientinnen und Patienten in mehreren Anstalten des KAV und/oder auch anderen Fondskrankenanstalten Kenntnis zu erlangen.

7.2.1 Erstellung einer Studie im Auftrag der Bereichsleitung für Strukturentwicklung

Da die Thematik der Mehrfachanmeldungen im Zusammenhang mit Implantationen von H-TEP und K-TEP immer wieder auch als mögliches Argument für lange Wartelisten in Wien ins Treffen geführt worden war, wurde im Jänner 2008 die "ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH" von der in der Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales angesiedelten Bereichsleitung für Strukturentwicklung beauftragt, die Erstellung einer Studie "Erarbeitung eines Wartelistenmanagements im Bereich der Hüft- und Knieendoprothetik" vorzunehmen, wobei in einer ersten Stufe das Ziel der Identifikation von Doppel- und Mehrfachanmeldungen verfolgt werden sollte.

Wie das Kontrollamt dazu von der Bereichsleitung in Erfahrung brachte, sollte die Auftragnehmerin die Teilnahme aller orthopädischen Einrichtungen in Wien an der gegenständlichen Untersuchung sicherstellen, was ihr mit Ausnahme einer nicht städtischen Fondskrankenanstalt auch gelungen sei.

Laut Auskunft der Bereichsleitung wurde der Abschluss der Datenerhebung mit Oktober 2008 erwartet; für Dezember 2008 war ein Zwischenbericht seitens der Auftragnehmerin vorgesehen.

7.2.2 Einführung eines EDV-Systems für Anmeldungen auf geplante chirurgische Eingriffe im KAV

Wie einleitend im Pkt. 5 dieses Berichtes bereits erwähnt, wurde beginnend mit dem Jahreswechsel 2007/08 von der GED des KAV unternehmensweit ein neues EDV-System ("OPERA") implementiert, dessen Einführung die Transparenz der Anmelde Listen zum Ziel hat. Vorgesehen war, dass dieses EDV-System künftig einheitlich von allen chirurgischen Fächern im KAV verpflichtend sowohl zur Dokumentation von Anmeldungen auf chirurgische Eingriffe als auch für die Erfassung einer Vielzahl von im Zusammenhang mit dem OP-Betrieb relevanten Daten (Schnitt-Naht-Zeiten, Narkoseprotokoll, OP-Bericht, Umlagerungszeiten) eingesetzt wird.

Zum Abschluss der Einschautätigkeit des Kontrollamtes stellte sich die Situation hinsichtlich der Einführung des gegenständlichen EDV-Systems in den geprüften Einrichtungen wie folgt dar:

- In der Orthopädischen Abteilung und in der Augenabteilung des DSP war das neu eingeführte EDV-System "OPERA" zwar bereits implementiert, die Vornahme der Terminvergaben erfolgte jedoch noch mittels händisch geführter Vormerkungen, wobei diese nachträglich im erwähnten EDV-System erfasst wurden.
- Im Orthopädischen Zentrum des OWS befand sich "OPERA" in der Einführungsphase, wurde jedoch noch nicht im Echtbetrieb eingesetzt.
- Das GER verfügte zum Zeitpunkt der Einschau noch nicht über das erwähnte EDV-System, lt. Auskunft des Ärztlichen Direktors wären jedoch bereits vorbereitende Schulungen der MitarbeiterInnen durchgeführt worden.
- In der Augenabteilung der KAR stand "OPERA" für die Terminvergabe zur Verfügung und wurde auch tatsächlich hierfür von den Anwenderinnen und Anwendern genutzt.
- Der Augenabteilung des KHR stand zwar noch nicht das o.a. EDV-System, jedoch ein anderes - nämlich das primär für die Ambulanzterminvergabe entwickelte EDV-Programm "TIMED" - zur Verfügung. Die genannte Abteilung nahm mit diesem EDV-Programm die OP-Terminvergaben vor.
- In den geprüften Einrichtungen im AKH war keine der beiden o.a. EDV-Lösungen für die Vergabe von OP-Terminen im Einsatz; lt. Mitteilung der mit der Projektleitung hinsichtlich der Einführung von "OPERA" betrauten Assistentin des Generaldirektors des KAV wäre grundsätzlich vorgesehen, nach abgeschlossener Implementierung des angeführten EDV-Systems in den Anstalten der TU 1 dieses auch im AKH einzusetzen.

Wie das Kontrollamt von den Anwenderinnen und Anwendern jener geprüften Einrichtungen, die bereits in elektronischer Form die Vergabe von OP-Terminen vornahmen, in Erfahrung brachte, wäre es allerdings nicht möglich, allfällige Doppel- bzw. Mehrfachanmeldungen für einen chirurgischen Eingriff in den unterschiedlichen Krankenanstalten des KAV zu erkennen, da es keine Vernetzung zwischen den einzelnen Einrichtungen der Unternehmung gäbe.

Laut Auskunft der Assistentin des Generaldirektors des KAV könnten jedoch zentral in der GED diesbezügliche Auswertungen vorgenommen werden, da ihr die Daten der einzelnen Krankenanstalten zur Verfügung stünden. Bisher vorgenommene Auswertungen hätten gezeigt, dass in der Praxis Doppel- bzw. Mehrfachanmeldungen auf OP-Termine innerhalb des KAV nur in verschwindend geringem Ausmaß zu verzeichnen wären.

7.3 Feststellungen des Kontrollamtes

7.3.1 Grundsätzlich könnte durch die KAV-weite Einführung des neuen EDV-Systems zur Erfassung der Anmeldungen auf chirurgische Eingriffe die im Prüfersuchen aufgeworfene - nach Auskunft des KAV jedoch nur in geringem Ausmaß bestehende - Problematik der Doppel- und Dreifachanmeldung zumindest innerhalb der Unternehmung einer Lösung zugeführt werden. Dazu wäre es - nach flächendeckender Einführung der elektronischen OP-Terminvergabe in allen Anstalten - allerdings notwendig, regelmäßig in verhältnismäßig kurzen Zeitabständen in der GED Doppel- bzw. Dreifachanmeldungen auszuwerten und ein Procedere zur weiteren zweckmäßigen Vorgangsweise auszuarbeiten. Da spitalsträgerübergreifend solche Doppel- und Dreifachanmeldungen auf chirurgische Eingriffe u.U. in einem stärkeren Ausmaß als innerhalb der Einrichtungen des KAV zum Tragen kommen, wurde empfohlen, der KAV möge sich nach Vorliegen der in Auftrag gegebenen wienweiten Untersuchung dieser Thematik mit der Bereichsleitung für Strukturentwicklung über die weitere Vorgangsweise abstimmen.

7.3.2 Die bestmögliche Nutzung plötzlich frei werdender Kapazitäten ist grundsätzlich Aufgabe des jeweils verantwortlichen Vorstandes jeder chirurgischen Einrichtung des KAV. Das Kontrollamt gewann bei seiner Einschau in den orthopädischen Einrichtungen und in den Einrichtungen für Augenheilkunde den Eindruck, dass schon bisher die jeweils Verantwortlichen besonders auch um eine optimale Vorbereitung und Information ihrer Patientinnen und Patienten in Bezug auf den jeweils bevorstehenden chirurgischen Eingriff bemüht waren. Dabei wurde auch auf die rechtzeitige Bekanntgabe allfälliger Terminverschiebungen oder -absagen seitens der Patientinnen bzw. Patienten Wert gelegt. Ebenso war eine hohe Flexibilität innerhalb der geprüften Einrichtungen bei der Erstellung des täglichen OP-Programms festzustellen. Eine "Zusammenarbeit der

Krankenanstalten untereinander" zur Gewährleistung der Wartezeiten auf Elektiv-OP auf "etwa gleichem Niveau" wurde für den Betrachtungszeitraum vom Kontrollamt nicht festgestellt.

Es ist allerdings für die Zukunft zu erwarten, dass langfristig durch die unternehmensweite Einführung des erwähnten EDV-Systems "OPERA" nicht nur eine erhöhte Transparenz bzgl. der Terminvergaben, der Wartezeiten sowie der Anzahl und der Ursachen von Terminausfällen bzw. -verschiebungen bei geplanten chirurgischen Eingriffen sondern auch hinsichtlich der Auslastung der für OP vorgehaltenen Kapazitäten des KAV gegeben sein wird.

Auch Mehrfachanmeldungen und die Besetzung von akut frei werdenden OP-Terminen werden mit Unterstützung des EDV-Systems "OPERA" geregelt.

8. Prüfung durch die INR

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen: *Direktor Marhold kündigte im Herbst 2006 im Rahmen einer Sitzung des Gesundheitsausschusses an, die zu diesem Zeitpunkt immer wieder kolportierten Vorwürfe, für Patientinnen und Patienten der Sonderklasse wären die Wartezeiten auf Elektivoperationen erheblich kürzer als für die der Allgemeinen Klasse, durch die interne Revision prüfen zu lassen.*

Frage III/1: Wann und über welchen Zeitraum erfolgte diese Prüfung durch die interne Revision?

Frage III/2: Anhand welcher Daten bzw. an welchen Abteilungen prüfte die interne Revision die Vorwürfe?

Frage III/3: Zu welchem Schluss kam die interne Revision nach erfolgter Prüfung?

Frage III/4: War die Art der Prüfung durch die interne Revision nach Ansicht des Kontrollamtes dazu geeignet, den Vorwürfen auf den Grund zu gehen?

8.1 Prüfauftrag, Durchführung und Schlussfolgerungen

Am 26. September 2006 erteilte der Generaldirektor des KAV der INR mit E-Mail den Auftrag, im Rahmen einer Sonderprüfung die "OP-Programme (Ortho und Augen) in-

nerhalb des Zeitraumes 1.5. - 31.5.06 im Hinblick auf die Anzahl der SKL-Versicherten zur Anzahl der in der allgemeinen Klasse versicherten PatientInnen" einer Einschau zu unterziehen, weiters "möge überprüft werden, ob die OP von einem OA oder einem Primararzt ausgeführt wurde".

Mit E-Mail vom 24. Oktober 2006 ersuchte der Generaldirektor des KAV darüber hinaus die INR bei ihrer Prüfung auch noch den "Zeitpunkt der Anmeldung jener PatientInnen, die im Mai OP hatten", zu berücksichtigen. Die Prüfung erfolgte zwischen der zweiten Oktober- und der ersten Novemberhälfte des Jahres 2006.

Die INR des KAV untersuchte die an sie gestellten Fragen in allen orthopädischen Einrichtungen und Augenabteilungen der TU 1; die Universitätsklinik für Orthopädie sowie die Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie am AKH wurden in die gegenständliche Einschau nicht einbezogen, da dies nicht im Prüfauftrag enthalten war.

Grundlage für die Prüfung bildeten die OP-Bücher sowie die Aufzeichnungen in den Ambulanzen der jeweiligen Einrichtungen. Basierend auf diesen Daten waren für die INR in den orthopädischen Einrichtungen in der ehemaligen I. Orthopädischen Abteilung des GER in nahezu 36 % der Fälle die Vergabetermine für die OP nicht nachvollziehbar, in den anderen geprüften Abteilungen betraf dies jeweils deutlich weniger als 10 % der Fälle. Bei den Augenabteilungen war für die INR in der KAR in rd. 44 %, im DSP in rd. 39 % und im KHR in etwa 11 % der Fälle der Vergabetermin für die chirurgischen Eingriffe nicht nachvollziehbar.

Von der INR wurde jeweils ein Bericht über die Einschau in den orthopädischen Einrichtungen und einer über die Einschau in den Einrichtungen für Augenheilkunde erstellt. Sie wurden am 21. November 2006 bzw. 24. November 2006 dem Generaldirektor des KAV vorgelegt. Da der Prüfauftrag des Generaldirektors lediglich die Erhebung von Daten zum Inhalt hatte, verzichtete die INR weitestgehend auf Schlussfolgerungen. Ungeachtet dessen wurde in beiden Prüfberichten in der jeweiligen Zusammenfassung angemerkt, dass sich in allen geprüften Einrichtungen - basierend auf jenen Fällen, bei denen der Vergabetermin nachvollziehbar war - die durchschnittliche Wartezeit für Patientinnen und Patienten der SKL deutlich niedriger darstellte als für solche der AKL.

Der Generaldirektor des KAV führte gegenüber dem Kontrollamt aus, dass er die beiden Berichte nicht abgenommen habe, da "die Erhebung der Datenlage auf unvollständigen Detaildaten beruhte". Er hätte daher der in der GED eingerichteten Informations- und Kommunikationstechnologie - Koordination den Auftrag erteilt, ein EDV-System zur Erfassung der Anmelde- und Wartezeiten auf OP zu etablieren.

8.2 Feststellungen des Kontrollamtes

Nach Ansicht des Kontrollamtes war die Vorgehensweise der INR bei der Wahrnehmung des ihr vorliegenden Prüfauftrages - ungeachtet der Tatsache, dass auf Grundlage der von ihr eingesehenen Unterlagen z.T. eine relativ hohe Anzahl von Vergabeterminen nicht nachvollziehbar erschien - grundsätzlich dazu geeignet, den damals immer wieder kolportierten Vorwürfen von kürzeren Wartezeiten auf Elektiv-OP für Patientinnen und Patienten der SKL gegenüber solchen der AKL auf den Grund zu gehen.

Dies war auch daran erkennbar, dass sich dem Grund nach das diesbezüglich gewonnene Ergebnis der INR mit jenem der Erhebungen des Kontrollamtes deckt.

Die Stellungnahme der geprüften Einrichtung ist den jeweiligen Berichtsabschnitten zugeordnet worden.

Der Kontrollamtsdirektor:

Dr. Erich Hechtner

Wien, im Jänner 2009

ALLGEMEINE HINWEISE

Allfällige Rundungsdifferenzen bei der Darstellung von Berechnungen wurden nicht ausgeglichen.

Schützenswerte personenbezogene Daten wurden im Sinn der rechtlichen Verpflichtung zum Schutz derartiger Daten anonymisiert, auf die Wahrung von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen wurde bei der Abfassung des Berichtes Bedacht genommen. Es wird um Verständnis gebeten, dass dadurch die Lesbarkeit des Berichtes beeinträchtigt sein könnte.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AKH	Allgemeines Krankenhaus - Universitätskliniken
AKL.....	Allgemeine Gebührenklasse
Cat-OP	Kataraktoperation
DP	Dienstposten
DSP	Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
Elektiv-OP.....	Elektivoperation
GED.....	Generaldirektion
GER.....	Orthopädisches Krankenhaus Gersthof
H-TEP.....	Hüft(total)endoprothese
INR	Stabsstelle Interne Revision
KAR.....	Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Sammelweis Frauenklinik
KAV	Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"
KHR.....	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
K-TEP.....	Knie(total)endoprothese
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MEL.....	medizinische Einzelleistungen
OP	Operation
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006
OWS.....	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner-Spital
SKL.....	Sonderklasse
TB.....	Tätigkeitsbericht
TU 1.....	Teilunternehmung "Krankenanstalten der Stadt Wien"
WKAP 2006.....	Wiener Krankenanstaltenplan 2006
Wr. KAG	Wiener Krankenanstaltengesetz 1987
WStV	Wiener Stadtverfassung