



STADTRECHNUNGSHOF WIEN

Landesgerichtsstraße 10
A-1082 Wien

Tel.: 01 4000 82829 FAX: 01 4000 99 82810

E-Mail: post@stadtrechnungshof.wien.at

www.stadtrechnungshof.wien.at

StRH II - 31/18

MA 70 und Unternehmung Wiener

Krankenanstaltenverbund, Prüfung des Abtransportes
anstandsbedürftiger Personen durch Rettungsdienste
und deren Übernahme durch Spitalseinrichtungen

KURZFASSUNG

Im Fokus der Prüfung stand die Koordinierung des Ablaufes der Übergabe von schwer kranken bzw. verletzten Personen durch die Wiener Rettung an Spitäler der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund. Beide Dienststellen verwendeten seit Jahren ein gemeinsames elektronisches Datenverarbeitungsprogramm zur Disponierung der hierfür benötigten Spezialbetten. Trotzdem musste die Rettungsleitstelle oftmals vor den Rettungszufahrten in die Krankenanstalten zeitintensive Telefonate mit unterschiedlichsten Ansprechpersonen in der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund führen. Dies war insbesondere auf die zum Teil mangelhafte Pflege der im elektronischen Datenverarbeitungsprogramm einzugebenden Daten über freie Bettenkapazitäten zurückzuführen.

Zudem hatte die Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund nur in manchen Spitälern Zentrale Notaufnahmen zur Übernahme und Versorgung von Akutfällen installiert, wobei deren interdisziplinäres Belegungsrecht innerhalb der jeweiligen Krankenanstalt noch nicht vollständig umgesetzt war.

Empfohlen wurde unter anderem die Schaffung von Regelungen zur Handhabung des elektronischen Datenverarbeitungsprogrammes, die Etablierung von Koordinationsverantwortlichkeiten zur Vereinheitlichung des Übernahmeprozederes in den Krankenanstalten, die Einführung eines Bettenbelagsmanagements in der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund auch für Spezialbetten sowie die Intensivierung der Zusammenarbeit der beiden geprüften Dienststellen.

Mit dieser Prüfung sollten Verbesserungen in der Zusammenarbeit der Wiener Rettung mit der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund bei der Versorgung schwer kranker bzw. verletzter Personen bewirkt werden.

Der Stadtrechnungshof Wien unterzog in der Magistratsabteilung 70 und im Krankenanstaltenverbund die Übergabe anstaltsbedürftiger Personen durch die Rettungsdienste und deren Übernahme durch Spitalseinrichtungen einer stichprobenweisen Prüfung und teilte das Ergebnis seiner Wahrnehmungen nach Abhaltung einer diesbezüglichen Schlussbesprechung den geprüften Stellen mit. Die von den geprüften Stellen abgegebenen Stellungnahmen wurden berücksichtigt. Allfällige Rundungsdifferenzen bei der Darstellung von Berechnungen wurden nicht ausgeglichen.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Prüfungsgrundlagen des Stadtrechnungshofes Wien.....	8
1.1 Prüfungsgegenstand.....	8
1.2 Prüfungszeitraum	8
1.3 Prüfungshandlungen.....	9
1.4 Prüfungsbefugnis.....	9
1.5 Vorberichte	9
2. Allgemeines	9
2.1 Rechtliche Grundlagen	9
2.2 Rahmenvorgaben in der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund.....	11
2.3 Kenndaten	17
3. Regelungen und Vorgehensweisen hinsichtlich der Übergabe von Patientinnen beziehungsweise Patienten durch Rettungsdienste an Krankenanstalten	18
3.1 Vorgaben der Magistratsabteilung 70	18
3.2 Elektronische Datenverarbeitung in der Rettungsleitstelle.....	19
3.3 Erkenntnisse aus Fallbeispielen	21
3.4 Feststellungen betreffend die Magistratsabteilung 70.....	24
4. Regelungen und Vorgehensweisen für die Versorgung von intensiv- bzw. überwachungspflichtigen Patientinnen bzw. Patienten in der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund.....	24
4.1 Zentrale Sollvorgaben.....	24

4.2 Intensivbettenprogramm	25
4.3 Planung und Handhabung von Bettensperren	29
4.4 Vorgehensweisen in zwei in die Einschau einbezogenen Spitalseinrichtungen	30
4.5 Spezielle Regelungen und Vorgehensweisen bei der Versorgung von Akutfällen durch das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus	32
4.6 Feststellungen betreffend die Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund	35
5. Abschließende Feststellungen und Empfehlungen.....	37
6. Zusammenfassung der Empfehlungen	40

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Versorgungsregionen laut Masterplan	13
Abbildung 2: Idealtypischer Ablauf bei "ungeplanten, unspezifischen PatientInnen"	14
Abbildung 3: Ablauf Versorgung neurologischer Patientinnen bzw. Patienten (mit Stroke Unit)	16
Abbildung 4: Intensivbettenprogramm, Beispiel für einen Tag im Jahr 2018.....	27

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
Allg.	Allgemeines
Allgemeines Krankenhaus, AKH...	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizini- scher Universitätscampus
ANÄ-ICU.....	Anästhesie Intensivstation
B-VG.....	Bundesverfassungsgesetz
bzgl.....	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.....	circa

CCU.....	Coronary Care Unit
Donauspital, DSP	Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
E-Mail	elektronische Post
gem.....	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
IBST.....	Interne Intensivbeatmungsstation
ICU	Intensive Care Unit
ICU-NFA.....	Intensive Care Unit Notfallambulanz
IIS	Interne Intensivstation
IMC, IMC-NFA, IMCU	Intermediate Care Unit
inkl.	inklusive
IT	Informationstechnik
KA.....	Kontrollamt
Kaiser-Franz-Josef-Spital, KFJ.....	Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital
KAR	Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik
KH	Krankenhaus
Ki-ICU.....	Kinder Intensivstation
Krankenanstalt Rudolfstiftung, Krankenanstaltenverbund, KAV....	Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund
Krankenhaus Floridsdorf, FLO.....	Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf - Krankenhaus
Krankenhaus Hietzing, KHR	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
lt.....	laut
MA	Magistratsabteilung
Med.....	Medizinische Abteilung
Neuro.....	Neurologische Abteilung
Ngf.	niedergelassene

Nr.....	Nummer
NZR	Neurologisches Zentrum Rosenhügel
OP	Operation
OWS.....	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner Spital
s.....	siehe
StRH.....	Stadtrechnungshof
u.a.	unter anderem
Überw. stat.	Überwachungsstation
vgl.....	vergleiche
VwSt.	Vorwarnstufe
WIL	Wilhelminenspital
Wr. KAG	Wiener Krankenanstaltengesetz
WRKG	Wiener Rettungs- und Krankentransportgesetz
WStV	Wiener Stadtverfassung
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
ZNA	Zentrale Notaufnahme
ZOP	zentraler Operationssaal

GLOSSAR

Computertomografie

Röntgenverfahren, mit dem der menschliche Körper in Querschnittsbildern dargestellt wird.

Coronary Care Unit

Herzüberwachungsstation in einer Krankenanstalt.

Intensiv Care Unit

Intensivmedizinische Station in einer Krankenanstalt.

Intermediate Care

Bettenführende Einheit als Bindeglied zwischen Intensivpflege- und Normalpflegestation in einer Krankenanstalt.

Kladden

Festgebundene Bücher für Aufzeichnungen.

Magnetresonanztomografie

Magnetfeldverfahren, mit dem der menschliche Körper in Querschnittsbildern dargestellt wird.

Remobilisation und Nachsorge

Bettenführende Einheit als Bindeglied zwischen primärer Akutversorgung und Rehabilitation in einer Krankenanstalt.

Standardarbeitsanweisung

Interdisziplinäre Leitlinien in Form von verbindlichen textlichen Beschreibungen der Abläufe von Vorgängen einschließlich der Prüfung der Ergebnisse und deren Dokumentation.

Stroke Unit

Spezielle Schlaganfallintensivstation in einer Krankenanstalt.

PRÜFUNGSERGEBNIS

1. Prüfungsgrundlagen des Stadtrechnungshofes Wien

1.1 Prüfungsgegenstand

Der Stadtrechnungshof Wien unterzog die jeweiligen Maßnahmen der Magistratsabteilung 70 bei der Übergabe und der Spitalseinrichtungen des Krankenanstaltenverbundes bei der Übernahme von anstaltsbedürftigen Personen einer Einschau.

Gegenstand der Prüfung war das diesbezügliche Vorgehen bei jenen Patientinnen bzw. Patienten, welche einer umgehenden stationären Versorgung in Intensiv-, Überwachungs- oder Stroke Unit Bereichen bzw. in einem Schockraum bedurften. Die Vorgehensweise bei Rettungszufahrten mit anderen Patientinnen bzw. Patienten und deren Übernahme in Krankenanstalten war nicht Ziel der Einschau.

Die Prüfungshandlungen fanden in der Magistratsabteilung 70 und in verschiedenen Einrichtungen des Krankenanstaltenverbundes statt.

Die Entscheidung zur Durchführung der gegenständlichen Prüfung wurde in Anwendung der risikoorientierten Prüfungsthemenauswahl des Stadtrechnungshofes Wien getroffen.

Die Prüfung wurde von der Abteilung Gesundheit und Soziales durchgeführt.

1.2 Prüfungszeitraum

Die gegenständliche Prüfung erfolgte im 3. Quartal des Jahres 2018. Die Eröffnungsgespräche mit den geprüften Stellen fanden Anfang August 2018 statt. Die Schlussbesprechung wurde in der zweiten Februarwoche 2019 durchgeführt. Der Betrachtungszeitraum umfasste die Jahre 2016 bis 2017, wobei gegebenenfalls auch spätere Entwicklungen in die Einschau einbezogen wurden.

1.3 Prüfungshandlungen

Die Prüfungshandlungen umfassten eine Einschau in Protokolle von Rettungseinsätzen, Gespräche mit Mitarbeitenden der geprüften Bereiche sowie die Erhebung von Daten der Magistratsabteilung 70 bzw. des Krankenanstaltenverbundes. Zusätzlich wurden die Handhabung der eingesetzten EDV-Systeme sowie die mit der gegenständlichen Thematik verbundenen Koordinationsmaßnahmen in die Einschau einbezogen.

Bei der Durchführung der Prüfung ergaben sich keine Prüfungshindernisse.

1.4 Prüfungsbefugnis

Die Prüfungsbefugnis für diese Gebarungsprüfung ist in § 73b Abs. 1 der Wiener Stadtverfassung festgeschrieben.

1.5 Vorberichte

Das Kontrollamt bzw. der Stadtrechnungshof Wien behandelte das gegenständliche Thema z.T. bereits in seinen Berichten

- MA 70, Prüfung der Qualitätssicherung, Personalsituation, Betriebsorganisation, technischen und infrastrukturellen Ausstattung, Finanzentwicklung und Tarifgestaltung Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV vom 21. Dezember 2009, KA - K-13/09,
- Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund, Prüfung der Gangbetten im Bereich der KAV-Spitäler; Gebarungsteil Prüfungsersuchen gem. § 73e Abs. 1 WStV vom 22. Dezember 2016, StRH II - 62/16 sowie
- Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund, Prüfung der Notaufnahme im Wilhelminenspital, StRH II - 37/16.

2. Allgemeines

2.1 Rechtliche Grundlagen

2.1.1 Den rechtlichen Rahmen für den Rettungs- und Krankentransportdienst sowie die notärztliche Hilfe in Wien stellte das WRKG dar, wonach die Stadt Wien zur Sicherstellung der beiden Dienste für das gesamte Wiener Gemeindegebiet verpflichtet war.

Rettungs- und Krankentransportdienste hatten die Aufgabe, Personen, die eine erhebliche Gesundheitsstörung bzw. Verletzung erlitten haben, Erste Hilfe zu leisten und sie erforderlichenfalls unter sachgerechter Betreuung mit geeigneten Transportmitteln in eine Krankenanstalt zu befördern oder ärztlicher Hilfe zuzuführen. Des Weiteren war Personen wegen unmittelbarer Lebensgefahr sofortige erste notärztliche Hilfe zu leisten. Ebenso waren Transporte von Personen durchzuführen, bei denen lebenswichtige Funktionen ständig zu überwachen oder aufrechtzuerhalten waren.

2.1.2 Nach der Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien oblag der Magistratsabteilung 70 die Führung und Organisation des Rettungs- und Krankenbeförderungsdienstes der Stadt Wien sowie dessen Koordination mit vergleichbaren privaten Einrichtungen.

2.1.3 Im Jahr 2015 wurde eine Verordnung des Magistrats der Stadt Wien betreffend die Mindestanforderungen von Rettungs- und Krankentransportdiensten erlassen. Darin wurden u.a. die personellen Mindestanforderungen bei der Besetzung der Einsatzleitstellen, Einsatzstellen und sonstigen erforderlichen Einrichtungen definiert. Gemäß dieser Verordnung oblag es Disponentinnen bzw. Disponenten als Mitarbeitende von Einsatzleitstellen, Aufträge zu übernehmen, zu koordinieren und die Einsatzmittel auszuwählen. Diese Aufgaben nahm die Rettungsleitstelle der Magistratsabteilung 70 im Rettungsdienst auch für private Einrichtungen wahr.

2.1.4 Laut Wr. KAG sind unter Krankenanstalten Einrichtungen zu verstehen, die u.a. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung, zur Vornahme operativer Eingriffe und zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung bestimmt sind.

Die Aufnahme von Patientinnen bzw. Patienten in Krankenanstalten ist ebenfalls im Wr. KAG geregelt. Demnach können Patientinnen bzw. Patienten nur aufgrund einer Untersuchung durch die dazu bestimmte Anstaltsärztin bzw. den dazu bestimmten Anstaltsarzt aufgenommen werden. Die Aufnahme von Patientinnen bzw. Patienten in öffentlichen Krankenanstalten ist jedoch auf Personen beschränkt, die Wiener Landes-

bürgerinnen bzw. Landesbürger sind oder als Fremde ihren Hauptwohnsitz in Wien haben, sofern sie anstaltsbedürftig sind oder sich einem operativen Eingriff unterziehen. Unabweisbare Kranke müssen jedenfalls in Anstaltspflege genommen werden, auch wenn sie ihren Hauptwohnsitz nicht in Wien haben.

Als anstaltsbedürftig gelten u.a. Personen, bei denen aufgrund ärztlicher Untersuchung und festgestelltem geistigen oder körperlichen Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erforderlich erscheint. Unabweisbar sind Personen, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert.

2.1.5 Wie dem Wiener Krankenanstaltenplan 2013 zu entnehmen war, dienten zur Sicherung der öffentlichen Akutversorgung in erster Linie die Fondskrankenanstalten, des Weiteren aber auch die beiden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt in Wien betriebenen Unfallkrankenhäuser.

Fondskrankenanstalten waren Krankenanstalten, die auf Grundlage einer Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens durch den Wiener Gesundheitsfonds finanziert wurden. Zu den Fondskrankenanstalten zählten die öffentlichen allgemeinen Krankenanstalten, die öffentlichen Sonderkrankenanstalten (mit Ausnahme der Pflegeabteilungen für Psychiatrie) und die gemeinnützigen allgemeinen Krankenanstalten.

2.2 Rahmenvorgaben in der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund

2.2.1 Auf Grundlage der für die Wiener Gesundheitsversorgung relevanten Zielsetzungen und Strukturvorgaben des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit 2012, des Regionalen Strukturplanes Gesundheit 2012 und des Wiener Spitalskonzeptes 2030 erstellte der Krankenanstaltenverbund einen Masterplan, der die medizinische Betriebsorganisation und den Medizinischen Masterplan umfasste. Dieser lag Ende des Jahres 2015 vor und regelte die künftige Betriebsorganisation der Krankenanstalten in technischer, wirtschaftlicher und in medizinischer Hinsicht.

Im Masterplan war u.a. festgeschrieben, dass aus Qualitätsgründen in Umsetzung der Gesundheitsreform die Leistungen zu bündeln sowie Fachschwerpunkte in den Spitälern zu bilden sind. Die interne Leistungsplanung und das Leistungsangebot waren auf Vorgaben des Regionalen Strukturplanes Gesundheit 2012 auszurichten.

2.2.2 Das aus dem Jahr 2011 stammende Spitalskonzept 2030, welches die Gesundheitsstrategie festlegte, reduziert die Anzahl der von der Stadt Wien geführten Krankenanstalten zum Zeitpunkt der Einschau von zehn auf letztlich sieben Standorte. Anzumerken war, dass zum Zeitpunkt der Prüfung infolge der im Betrachtungszeitraum ausstehenden Eröffnung des Krankenhauses Nord diese Umstrukturierung der Spitalslandschaft erst teilweise zum Tragen gekommen war.

Laut Masterplan wird die künftige Versorgung in Wien durch den Krankenanstaltenverband in drei Regionen organisiert, wobei es in jeder Region zwei Partnerspitäler geben soll, deren Leistungsangebot aufeinander abgestimmt ist. Zur Region West wird das Krankenhaus Hietzing und das Wilhelminenspital zählen, zur Region Nord/Ost das zum Zeitpunkt der Prüfung noch nicht in Betrieb befindliche Krankenhaus Nord und das Donaupital und zur Region Süd das Kaiser-Franz-Josef-Spital und die Krankenanstalt Rudolfstiftung. Das Allgemeine Krankenhaus als Universitätsklinik soll als Zentralversorgungskrankenanstalt die Gesamtversorgung ergänzen.

Abbildung 1: Versorgungsregionen laut Masterplan



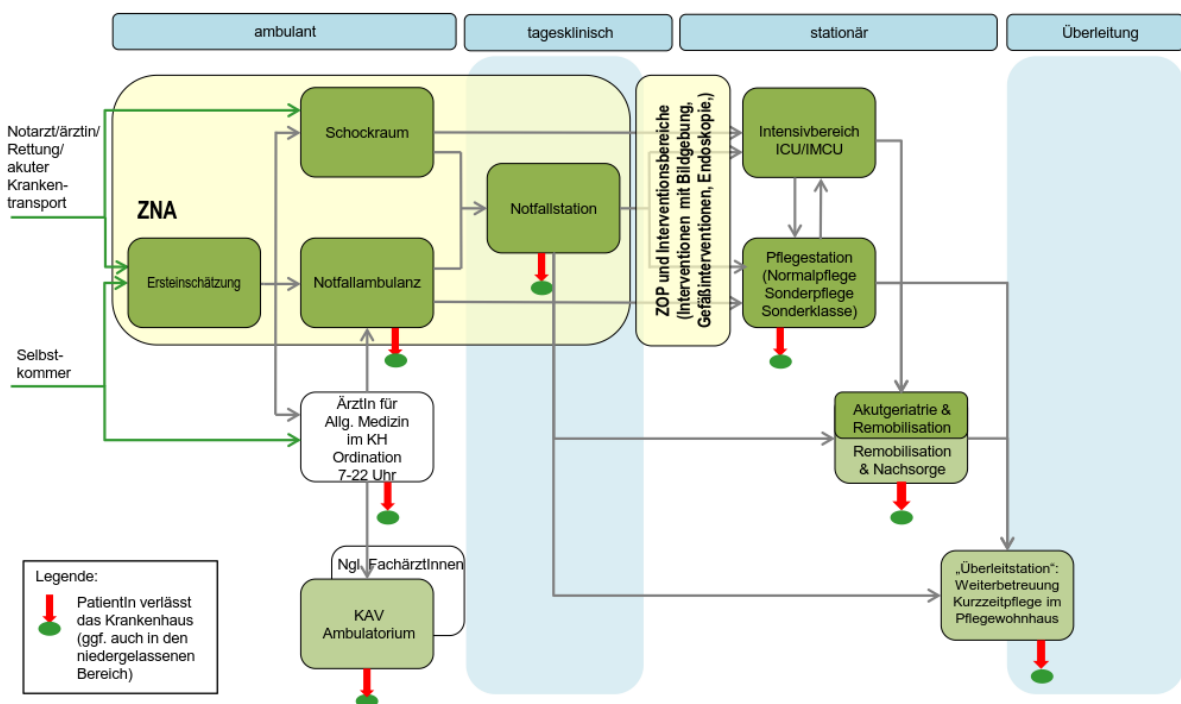
Quelle: Krankenanstaltenverbund, Darstellung: Krankenanstaltenverbund

2.2.3 An allen Standorten soll u.a. eine Zentrale Notaufnahme als erste Anlaufstelle für medizinische Notfälle eingerichtet werden. Damit sollte eine Trennung der Akutversorgung von der Behandlung geplanter Patientinnen bzw. Patienten sowohl in den Ambulanzen als auch im stationären Bereich erfolgen. Die Zentrale Notaufnahme war nämlich als zentrale Anlaufstelle für alle Patientinnen bzw. Patienten gedacht, unabhängig davon, ob sie als Notfall mit dem Notarzt-Hubschrauber oder mit einem Rettungsfahrzeug gebracht werden oder selbstständig ins Spital kommen. Mit der Implementierung dieser zentralen Anlaufstellen sollte u.a. eine beschleunigte Abklärung und Behandlung der Patientinnen bzw. Patienten herbeigeführt sowie nicht notwendige Aufnahmen in den Krankenanstalten vermieden werden.

Zur geplanten Ablauforganisation bei den Kernprozessen enthielt der Masterplan auch Darstellungen zum idealtypischen Ablauf bei "geplanten PatientInnen" und bei "unge-

planten, unspezifischen PatientInnen", wobei die letztgenannte Gruppe für den gegenständlichen Bericht von Relevanz war. Demnach sollten alle diese Patientinnen bzw. Patienten in der Zentralen Notaufnahme in Bezug auf die Dringlichkeit und fachliche Zuordnung erstbegutachtet werden. Danach sollte eine Abklärung und Erstbehandlung je nach Dringlichkeit in einem Schockraum oder in den Untersuchungs- und Behandlungsräumen in der Zentralen Notaufnahme erfolgen. Nach der Erstbehandlung wären die Patientinnen bzw. Patienten entweder zu entlassen oder stationär aufzunehmen. In der Notfallstation war eine Beobachtung bis maximal 36 Stunden möglich, jedoch sollten die zu behandelnden Personen in dringenden Fällen nach der Stabilisierung des Zustandes zur spezifischen Behandlung an die jeweils zuständigen medizinischen Fachabteilungen weitergeleitet werden.

Abbildung 2: Idealtypischer Ablauf bei "ungeplanten, unspezifischen PatientInnen"



Quelle: Krankenanstaltenverbund, Darstellung: Krankenanstaltenverbund

Angemerkt wird, dass zum Zeitpunkt der Prüfung durch den Stadtrechnungshof Wien in zwei Spitälern der Wiener Städtischen Krankenanstalten Zentrale Notaufnahmen in der zuvor beschriebenen Art bereits etabliert waren. Das Allgemeine Krankenhaus verfügte

bereits seit etwa 20 Jahren über eine derartige Erstversorgungseinheit. In den vier weiteren im Spitalskonzept 2030 enthaltenen Krankenanstalten des Krankenanstaltenverbandes befand sich die Einrichtung von Zentralen Notaufnahmen in Abhängigkeit von den baulichen Entwicklungsmöglichkeiten in Planung bzw. in Umsetzung.

Auch Ordinationen von Ärztinnen bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin zur Entlastung der Zentralen Notaufnahmen waren zum Zeitpunkt der Einschau z.T. implementiert. Im Allgemeinen Krankenhaus lief seit Ende des Jahres 2016 ein Pilotprojekt zur allgemeinen Akutversorgung in Zusammenarbeit mit der zuständigen Sozialversicherungsträgerin und dem von der Ärztekammer für Wien betriebenen Ärztefunkdienst (s. Punkt 4.5.4). Für die flächendeckende Etablierung in weiteren Krankenanstalten des Krankenanstaltenverbandes waren zum Zeitpunkt der Prüfung durch den Stadtrechnungshof Wien Verhandlungen über die Finanzierung anhängig.

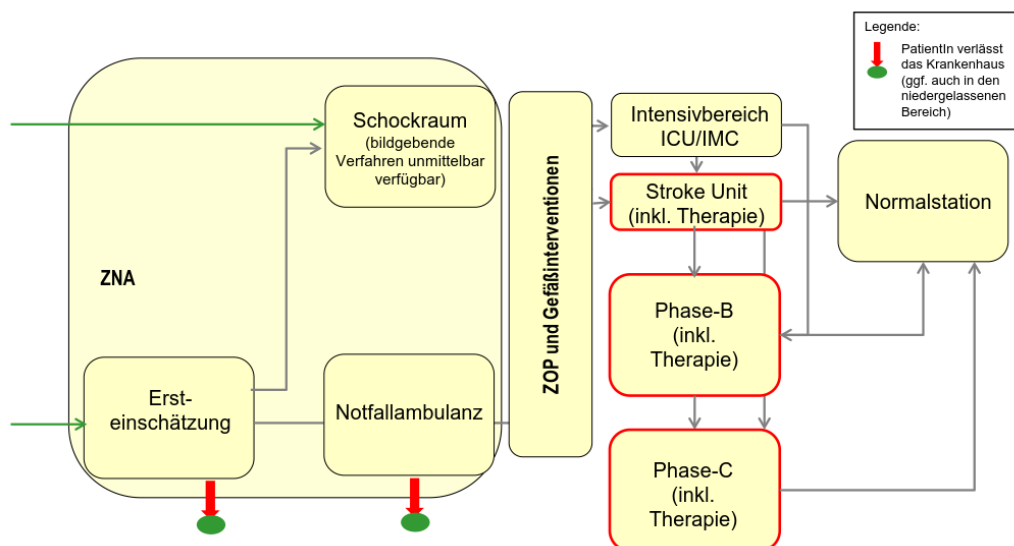
Weiters war zum Zeitpunkt der Einschau ein Kooperationsvertrag mit einer in unmittelbarer Nähe zum Donauspital angesiedelten Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin in Geltung. Demnach waren Patientinnen bzw. Patienten mit niedrigem Versorgungsbedarf nach erfolgter Dringlichkeitseinschätzung vom Donauspital an diese Einrichtung weiter zu verweisen. Mit dieser Maßnahme sollten einerseits die Wartezeiten für die Patientinnen bzw. Patienten verkürzt und andererseits das Donauspital im Bereich ambulant zu erbringender Leistungen entlastet werden.

2.2.4 Für die medizinische Versorgung waren auch Intensivbereiche mit fachlichen Schwerpunkten und unterschiedlichen Intensivpflegestufen unerlässlich. Hiezu legte der Masterplan betriebsorganisatorische Zielsetzungen und Aufgaben fest, ebenso waren die geplante Aufbau- und Ablauforganisation und die Anforderungen an die Raum- und Funktionsplanung in diesem niedergeschrieben.

Auch auf die Versorgung neurologischer Akutpatientinnen bzw. Akutpatienten wurde im Masterplan explizit eingegangen. Demnach waren Schlaganfallpatientinnen bzw. Schlaganfallpatienten ebenfalls entsprechend dem Kernprozess für "ungeplante, unspezifische PatientInnen" von der Zentralen Notaufnahme zu übernehmen. Bei ange-

kündigten Schlaganfallpatientinnen bzw. Schlaganfallpatienten hatte das Schockraumteam (inkl. einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Neurologie) mittels Computertomografie und Magnetresonanztomografie die Sofortdiagnostik zu veranlassen und die entsprechenden Therapieschritte einzuleiten. Im Anschluss hatte die Stabilisierung von Schlaganfallpatientinnen bzw. Schlaganfallpatienten in einer Stroke Unit zu erfolgen, welche über eine Intensivüberwachung durch ein speziell trainiertes interdisziplinäres Team verfügte.

Abbildung 3: Ablauf Versorgung neurologischer Patientinnen bzw. Patienten (mit Stroke Unit)



Quelle: Krankenanstaltenverbund, Darstellung: Krankenanstaltenverbund

2.2.5 Weiters war gemäß dem Masterplan mit der Steuerung der Bettenbelegung sicherzustellen, dass für die Übernahme von Patientinnen bzw. Patienten sowohl aus den Zentralen Notaufnahmen als auch den Intensivbereichen ausreichend Betten auf den Normalstationen zur Verfügung stehen. Zu diesem Belagsmanagement enthielt der Masterplan Ausführungen über die optimale Nutzung auf den Normalpflegestationen. Im Rahmen des Belagsmanagements hatte jede Abteilung entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit (und den jährlichen Zielvereinbarungen) Belegungskontingente zu übernehmen. Dazu war auch ein klares Regelwerk zur Planung, Buchung und Steuerung der Bettenbelegung notwendig. Als wesentliche Voraussetzung galt der laufende Überblick über die aktuelle und zu erwartende Belegungssituation, die IT-Unterstützung sowie die Be-

reitschaft zur fächerübergreifenden Belegung. Hinsichtlich des Belegungsmanagements wurde von einer zentralen Steuerung Abstand genommen, da das Belassen der diesbezüglichen operativen Aufgaben auf dezentraler Ebene (z.B. durch die Pflege-Stationsleitungen) als optimaler erachtet worden war. Damit sollte die Schaffung von zusätzlichen Nahtstellen zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal sowie einer allfälligen Buchungszentrale vermieden werden. Zum Belagsmanagement für die Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereiche bzw. Schockräume enthielt der Masterplan keine weiteren detaillierten Regelungen.

Bemerkenswert erschien dem Stadtrechnungshof Wien, dass lt. Auskunft der Magistratsabteilung 70 dieser die Details des Masterplans, insbesondere zu den Versorgungsregionen und dem Kernprozess des idealtypischen Ablaufs bei "ungeplanten, unspezifischen PatientInnen" nicht bekannt waren.

2.3 Kenndaten

2.3.1 Die Magistratsabteilung 70 erstellte im Rahmen ihres Regelberichtswesens jährlich Leistungsberichte und Wirtschaftsberichte samt textlichen Erläuterungen. Die Rettungsleitstelle disponierte gemäß diesen Leistungsberichten im Betrachtungszeitraum jährlich zwischen 161.000 und 176.000 Einsatzfahrten. Wie häufig die Rettungsleitstelle an Krankenanstalten Anfragen bzgl. benötigter Spezialbetten für Akutfälle in Intensiv- oder Überwachungsbereichen richtete, konnte dem vorliegenden elektronisch gespeicherten Datenmaterial nicht entnommen werden.

Demgegenüber waren Auswertungen u.a. über die Gesamtleistung eingegangener Notrufe, das Einsatzaufkommen nach Bezirken bzw. dessen Verteilung während des Tages und in der Nacht möglich.

Künftig sollte das Berichtswesen zum Leistungsgeschehen der Wiener Rettung noch um eine Reihe von Kennzahlen ausgeweitet werden. So würden lt. Auskunft der Magistratsabteilung 70 z.B. auch Informationen über Steh- und Wartezeiten der Einsatzfahrzeuge der Magistratsabteilung 70 in Krankenanstalten sowie nicht erfolgte Hospitalisie-

rungen in Managementreports für die strategische Leitungsebene zur Verfügung stehen.

2.3.2 Die Anzahl der disponierbaren Spezialbetten in Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereichen bzw. Schockräumen ging für die Rettungsleitstelle aus dem EDV-unterstützten sogenannten Intensivbettenprogramm des Krankenanstaltenverbundes hervor, auf das in den späteren Ausführungen dieses Berichtes noch näher eingegangen wird. In diesem waren insgesamt 260 derartige Spezialbetten in Wien ausgewiesen, wobei der weitaus überwiegende Teil von Krankenanstalten des Krankenanstaltenverbundes betrieben wurde. 145 Betten waren als sogenannte ICU-Betten in intensivmedizinischen Stationen untergebracht, weitere 38 waren als Stroke Unit für Schlaganfallpatientinnen bzw. Schlaganfallpatienten klassifiziert. Für den Überwachungsbereich waren 44 Betten und für den Pädiatrischen Bereich 24 Betten vorgesehen. In den unfallchirurgischen Schockräumen wurden insgesamt 9 Spezialbetten vorgehalten.

3. Regelungen und Vorgehensweisen hinsichtlich der Übergabe von Patientinnen beziehungsweise Patienten durch Rettungsdienste an Krankenanstalten

3.1 Vorgaben der Magistratsabteilung 70

Erste-Hilfe-Leistungen durch die Magistratsabteilung 70 erfolgten auf Basis von Standardarbeitsanweisungen, welche für die vor Ort durchgeführten Rettungsinterventionen samt der Herstellung der Transportfähigkeit von Patientinnen bzw. Patienten bei unterschiedlichen Krankheitsbildern vorlagen. Ebenso verfügte die Magistratsabteilung 70 über derartige Standards für den Dienstbetrieb der Rettungsleitstelle. Zu deren Kernaufgaben zählten demnach die Annahme von Notrufen, die Disposition der Fahrzeuge und die Koordination von Rettungszufahrten in Krankenanstalten bei einem Bedarf an Spezialbetten in Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereichen bzw. Schockräumen.

Auch für das Management von Rettungszufahrten in die Spitalseinrichtungen standen den Mitarbeitenden der Rettungsleitstelle als Hilfestellung Standardarbeitsanweisung zur Verfügung, jedoch waren darin keine Details zu der genauen Vorgehensweise verschriftlicht.

Dazu stellte der Stadtrechnungshof Wien bei den Erhebungen in der Rettungsleitstelle fest, dass es im Hinblick auf die Spezialbetten in Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereichen bzw. Schockräumen verschiedene Absprachen mit den betroffenen Krankenanstalten gab (s. Punkt 4.4.2). Deren Dokumentation wurde entweder in internen, händisch geführten Arbeitsbehelfen wie etwa Kopien von E-Mails oder Gesprächsnotizen oder im bereits erwähnten Intensivbettenprogramm des Krankenanstaltenverbundes vorgenommen.

3.2 Elektronische Datenverarbeitung in der Rettungsleitstelle

3.2.1 Die Annahme von Notrufen erfolgte mittels eines standardisierten Notrufabfragesystems, das in der rund-um-die-Uhr besetzten Rettungsleitstelle sowohl in elektronischer Form als auch - zur Verwendung bei Störungen der EDV - in Kladdenform vorlag. In diesem System waren von den Disponentinnen bzw. Disponenten zu stellende Einstiegs- und Schlüsselfragen, Anleitungen zu Sofortmaßnahmen und auch weitere Hinweise angeführt. Aus den auf die gestellte Fragen erhaltenen Antworten waren die Dringlichkeit des Einsatzes, der Einsatzcode und die dafür notwendigen Rettungsmittel abzuleiten, welche wiederum in der sogenannten "Ausrückeordnung" festgelegt waren.

3.2.2 Die Rettungsleitstelle hatte mit dem Zweck einer gleichmäßigen Auslastung aller im Punkt 2.1.5 erwähnten Krankenanstalten für die Rettungszufahrten täglich zur Verfügung stehende interne, chirurgische und unfallchirurgische Kontingente zu koordinieren. Diese waren von der Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes mittels eines auf die systemisierten Betten ausgerichteten Schlüssels - unabhängig von der tatsächlichen Belegung der betroffenen Abteilungen - errechnet worden.

Der elektronische Informationsaustausch zwischen der Rettungsleitstelle, dem Journaldienst in der Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes und den Krankenanstalten der privaten Rechtsträger erfolgte mittels einer eigenen Softwareapplikation. Ebenso diente diese Applikation den Mitarbeitenden in den Einsatzfahrzeugen als Hilfsmittel, um jeweils im Einzelfall zu ermitteln, welche Krankenanstalt angefahren werden konnte.

3.2.3 Demgegenüber disponierten die Mitarbeitenden der Rettungsleitstelle Zufahrten zu speziellen Einrichtungen wie Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereichen bzw. Schockräumen zentral anhand des vom Krankenanstaltenverbund zur Verfügung gestellten Intensivbettenprogrammes. Dieses EDV-Programm zeigte die Anfahrbereitschaft der diesbezüglichen medizinischen Fachabteilungen für das gesamte Wiener Stadtgebiet an und sollte u.a. der Rettungsleitstelle als Information dienen, wann es zu einem Engpass für Patientinnen bzw. Patienten kommen könnte. Die Einträge verfügbarer Kapazitäten bzw. der Möglichkeit zur Anfahrt oblagen den jeweiligen medizinischen Fachabteilungen in den Krankenanstalten.

Wie im Punkt 4.3.3 noch näher ausgeführt, wurden von den Mitarbeitenden in den Krankenanstalten die Eintragungen im Intensivbettenprogramm offensichtlich nicht immer korrekt vorgenommen bzw. zu den vorgesehenen Zeitpunkten aktualisiert. Gegebenenfalls rief die zuständige Disponentin bzw. der zuständige Disponent der Rettungsleitstelle in jenen medizinischen Fachabteilungen an, für welche die angezeigten Meldungen im Intensivbettenprogramm unglaubwürdig erschienen, und ersuchte um allenfalls notwendige Korrekturen. Im Bedarfsfall wurde der in der Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes eingerichtete Journaldienst ebenfalls kontaktiert.

Ergänzend erhielt die Rettungsleitstelle entsprechend einer Vereinbarung zwischen den beiden Dienststellen vom Journaldienst in einem regelmäßigen Rhythmus von drei Stunden in elektronischer Form Informationen über die tatsächliche Belegung bzw. Verfügbarkeit der betroffenen Spezialbetten, die aus einem speziellen Auswertungstool generiert wurden.

3.2.4 In der Praxis nahm die Rettungsleitstelle im Betrachtungszeitraum bei einem Bettenbedarf in Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereichen bzw. Schockräumen trotz der zur Verfügung stehenden EDV-Programme grundsätzlich telefonisch mit den entsprechenden Einrichtungen zur Abklärung verfügbarer freier Kapazitäten Kontakt auf.

3.3 Erkenntnisse aus Fallbeispielen

3.3.1 Um einen Einblick in die Abläufe der Koordinierung von Rettungszufahrten in Krankenanstalten bei einem Bedarf an den prüfungsgegenständlichen Spezialbetten zu gewinnen, wählte der Stadtrechnungshof Wien gezielt insgesamt 40 von der Rettungsleitstelle disponierte Fälle aus. Diese von der Magistratsabteilung 70 bzgl. der Zeitdauer als problematisch eingestuften Fälle verteilten sich auf einen Zeitraum vom Mai 2016 bis Juni 2018. Auswahlkriterium war eine auffallend lange Zeitdauer von der Alarmierung der Einsätze bis zur Abgabe der Patientinnen bzw. Patienten in einer Krankenanstalt.

Dazu erfolgte seitens des Stadtrechnungshofes Wien eine Einsicht in die vorgelegten Dokumentationen, wobei es sich um die elektronisch gespeicherten Einsatzprotokolle der Notärztinnen bzw. Notärzte sowie der Notfallsanitäterinnen bzw. Notfallsanitäter und die damit zusammenhängenden Tonbandprotokolle handelte.

Festzuhalten war dazu, dass Verzögerungen u.a. beim Abtransport von Patientinnen bzw. Patienten durch Rettungsdienste aus unterschiedlichen Gründen eintreten können (z.B. Herstellung der Transportfähigkeit). Der Stadtrechnungshof Wien konzentrierte sich bei den 40 Fallbeispielen ausschließlich auf die Frage, mit welchen Problemen die Mitarbeitenden der Rettungsleitstelle der Magistratsabteilung 70 bei der Suche nach rasch verfügbaren geeigneten Versorgungsmöglichkeiten in Krankenanstalten konfrontiert waren.

3.3.2 Von den ausgewählten Fällen war für etwa drei Viertel der Patientinnen bzw. Patienten, die ein Spezialbett oder einen Schockraum benötigten, innerhalb eines Zeitrahmens von zwei Stunden eine entsprechende Versorgung in einer Krankenanstalt sichergestellt, in den übrigen Fällen dauerte dies länger.

Trotz der Abfragemöglichkeit anhand des Intensivbettenprogrammes riefen die Disponentinnen bzw. Disponenten der Rettungsleitstelle auf der Suche nach einer Versorgungsmöglichkeit häufig mehrere Spitäler an, die in ihren Abteilungen über entsprechende Spezialbetten verfügten und deren Kapazitäten zu koordinieren waren. Gründe

für Ablehnungen von Rettungszufahrten lagen beispielweise in Hinweisen, dass alle Spezialbetten belegt seien oder das letzte noch freie für den Eigenbedarf reserviert sei. Ebenfalls wurden z.T. mangelnde personelle Kapazitäten wegen der noch laufenden Versorgung von kürzlich aufgenommenen Patientinnen bzw. Patienten ins Treffen geführt.

3.3.3 Bei erfolgloser Suche nach einer Versorgungsmöglichkeit in einer Krankenanstalt hatte der Journaldienst der Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes die Rettungsleitstelle zu unterstützen. Der im Krankenanstaltenverbund rund-um-die-Uhr eingerichtete Journaldienst fungierte nämlich als Servicestelle für interne und externe Anfragen und Meldungen besonderer Vorfälle sowie außerordentlicher Ereignisse. In dessen Leitfaden war festgelegt, dass er - sofern erforderlich - eine vermittelnde Rolle zwischen dem Personal der jeweiligen Abteilung bzw. Station der Krankenanstalt und der Wiener Rettung einnehmen soll. Dies war insbesondere dann der Fall, wenn es zu Informationsdefiziten hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Kapazitäten an Spezialbetten kam. Ebenso sollten die Mitarbeitenden des Journaldienstes den Bettenstand anhand des Intensivbettenprogrammes beobachten und - falls notwendig - eine Klärung mit dem diensthabenden Personal in den Krankenanstalten herbeiführen.

Sollte zwischenzeitlich eine Zusage für eine Übernahme der Patientin bzw. des Patienten auf ein Spezialbett möglich sein, wurden die für das Bettenmanagement zuständigen Mitarbeitenden in der Rettungsleitstelle umgehend informiert. Eine Transferierung nach Niederösterreich wurde in Einzelfällen als letzter Lösungsansatz angesehen.

3.3.4 Aus den Tonbandprotokollen ging seit Anfang des Jahres 2017 eine geänderte Vorgehensweise durch die Rettungsleitstelle hervor. Ab diesem Zeitpunkt berief sich die Magistratsabteilung 70 - nach Gesprächen mit der Führung des Krankenanstaltenverbundes - auf die Versorgungspflicht durch die Fondskrankenanstalten und fuhr mit den Patientinnen bzw. Patienten gewöhnlich die jeweils nächstgelegene Krankenanstalt an.

Dieser Lösungsansatz wäre nach Auskunft der Rettungsleitstelle für die medizinische Grundversorgung von Menschen, die einer allgemeinen Intensiv- oder Überwachungs-

pflcht bedurften, geeignet. Auch Schlaganfallpatientinnen bzw. Schlaganfallpatienten hätten auf diese Weise einer rascheren Erstversorgung zugeführt werden können. Für Menschen mit akuten Vergiftungen, die grundsätzlich auf einer Toxikologischen Intensivstation zu behandeln waren, sah die Rettungsleitstelle diese Option zwar nicht als optimal an, jedoch würde die Intensiv- oder Überwachungspflicht ebenso auf einer internen Intensivstation gewährt werden können. Demgegenüber seien Unfallopfer, die einer Erstversorgung in einem Schockraum bedurften, auch noch am Ende des Betrachtungszeitraumes für die Rettungsleitstelle bei Kapazitätsengpässen schwer disponierbar gewesen. Nicht zuletzt gäbe es für Kinder mit Verbrennungen, für die Spezialbetten auf einer Pädiatrischen Intensivstation benötigt wurden, über eine Krankenanstalt hinausgehend keine weitere spezielle Einrichtung in Wien. Bei voller Auslastung dieser für Verbrennungen vorgehaltenen Spezialbetten müssten die Kinder im Erwachsenenbereich versorgt werden. Für die beiden letztgenannten Patientinnen- bzw. Patientengruppen führte die Berufung auf die Versorgungspflicht zu keinen deutlich spürbaren Verbesserungen der Versorgungssituation.

3.3.5 In weiterer Folge ersuchte der Stadtrechnungshof Wien die Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes hinsichtlich der in der Magistratsabteilung 70 ausgewählten 40 Fälle um Bekanntgabe der Gründe für Ablehnungen von Akutfällen durch einzelne Krankenanstalten.

Zur Auslastung der betroffenen Stationen zum Ablehnungszeitpunkt führte der Krankenanstaltenverbund an, dass dies retrospektiv betrachtet nur mehr eingeschränkt nachvollziehbar sei, woraus sich gewisse Unschärfen ergeben würden. Davon unabhängig wurde auf den Umstand von Kommunikationsdefiziten hingewiesen. So sei eine Häufung von Ablehnungen bei Schlaganfallpatientinnen bzw. Schlaganfallpatienten beobachtet worden, was auf teilweise fehlende telefonische Ankündigungen durch die Magistratsabteilung 70 zurückgeführt wurde. Bei Traumafällen sei eine nachträgliche Beurteilung der zum Einsatzzeitpunkt vorhandenen Schockraumressourcen durch die Generaldirektion häufig nicht möglich gewesen, da für diese Patientinnen bzw. Patienten freie Kapazitäten nicht nur dort, sondern auch in Bezug auf Intensivbetten für die anschließende Versorgung unabdingbar seien. Warum es in zumindest zwei Fällen zu

Ablehnungen von Patientinnen bzw. Patienten mit toxikologischen Indikationen gekommen war, obwohl die von der Rettungsleitstelle angefragte Toxikologische Intensivstation nicht voll belegt war, konnte der Krankenanstaltenverbund aus den ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht nachvollziehen.

3.4 Feststellungen betreffend die Magistratsabteilung 70

Die in der Rettungsleitstelle verwendeten Standardarbeitsanweisungen, im Besonderen jene für das Management von Rettungszufahrten, ermöglichten den Mitarbeitenden nur einen groben Überblick über deren Aufgabenstellungen im Zuge der Koordination des zur Verfügung stehenden Bettenkontingents.

Darüber hinaus gewann der Stadtrechnungshof Wien im Zuge seiner Einschau den Eindruck, dass die Magistratsabteilung 70 ihr Procedere zum Disponieren von Intensivbetten bislang kaum an die schrittweise vorgenommenen Veränderungen der Versorgungsstrukturen in den Wiener Städtischen Krankenanstalten angepasst hatte. Dies betraf insbesondere die Regelung, wonach "ungeplante, unspezifische PatientInnen" von den Zentralen Notaufnahmen zu übernehmen sind.

Vor diesem Hintergrund empfahl der Stadtrechnungshof Wien der Magistratsabteilung 70 in enger Abstimmung mit dem Krankenanstaltenverbund, ihre Handlungsanweisungen auf deren Aktualität hin laufend zu überarbeiten und zu ergänzen.

4. Regelungen und Vorgehensweisen für die Versorgung von intensiv- beziehungsweise überwachungspflichtigen Patientinnen beziehungsweise Patienten in der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund

4.1 Zentrale Sollvorgaben

4.1.1 Die Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes erließ im Jahr 2013 zur Übernahme von Patientinnen bzw. Patienten, die durch Rettungsdienste transportiert wurden, eine an die Direktionen bzw. Leitungen aller Dienststellen des Krankenanstaltenverbundes gerichtete Dienstanweisung. Darin war festgelegt worden, wer zur Übernahme der Patientinnen bzw. Patienten berechtigt und wie diese zu bestätigen war. Die Bestätigung der Übernahme war auf den Einsatzprotokollen der Rettungsdienste schrift-

lich zu dokumentieren. Zur Zusammenarbeit mit der Rettungsleitstelle, vor allem zu deren Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Spezialbetten für "ungeplante, unspezifische PatientInnen", lagen keine schriftlichen Festlegungen vor.

4.1.2 Zur Handhabung von Bettensperren erging im Oktober 2016 ein Erlass, der einen einheitlichen Prozess für deren Beantragung und Genehmigung gewährleisten sollte. Diese Regelung sah für geplante Bettensperren bauliche bzw. organisatorische Gründe (wie z.B. geringe Auslastung oder Grundreinigung) vor. Ungeplante Bettensperren konnten aus technischen oder medizinischen Gründen (beispielsweise bei Vorliegen von ansteckenden Infektionskrankheiten) erfolgen. Ebenso konnten Bettensperren mit personellen Engpässen begründet werden. Gemäß dem Erlass waren alle Bettensperren eine Woche vor in Kraft treten mittels eines einheitlichen Formulars unter Angabe der Sperrgründe und der Dauer der Sperren an die Generaldirektion zur Prüfung, Koordination und Genehmigung vorzulegen. Davon ausgenommen waren ungeplante Bettensperren aus medizinischen Gründen, die von den Kollegialen Führungen der jeweiligen Krankenanstalten zu genehmigen waren.

4.1.3 Schließlich erließ die Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes im Jänner 2017 eine Standardarbeitsanweisung, in welcher den Zentralen Notaufnahmen ein interdisziplinäres Belegungsrecht eingeräumt wurde. Mit dieser Maßnahme sollte eine rasche Weiterleitung der Patientinnen bzw. Patienten der Zentralen Notaufnahme auf die verschiedenen medizinischen Fachabteilungen gewährleistet werden, um in der Folge Kapazitäten für die Versorgung neu eintreffender Patientinnen bzw. Patienten sicherzustellen. Davon ausgenommen waren fachfremde Belegungen an Abteilungen für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Geburtshilfe und Kinderheilkunde.

4.2 Intensivbettenprogramm

4.2.1 Wie im Punkt 3.2.3 dieses Berichtes bereits angeführt, stand den für das Bettenmanagement zuständigen Disponentinnen bzw. Disponenten der Rettungsleitstelle bei einem Bedarf an Spezialbetten bzw. Schockräumen grundsätzlich das Intensivbettenprogramm des Krankenanstaltenverbundes für die Steuerung der Rettungszufahrten in die Krankenanstalten zur Verfügung. Ebenso wurde diese Applikation auch innerhalb

des Krankenanstaltenverbundes für das Belagsmanagement in Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereichen verwendet.

Im Krankenanstaltenverbund lag ein Handbuch auf, welches hierzu in Umrissen die EDV-mäßigen Eingabeschritte beinhaltete. Demnach hatten die Mitarbeitenden der einzelnen medizinischen Fachabteilungen über diese Web-Oberfläche die Meldungen über freie und verfügbare Spezialbetten einzupflegen.

Die Web-Applikation war so konzipiert worden, dass täglich jeweils gegen 8.00 Uhr eine automatische Rücksetzung des gegenständlichen Bettenstandes vorgenommen wurde. Damit sollten die verantwortlichen Abteilungen angehalten werden, ihren täglichen Stand an Spezialbetten jeden Morgen erneut zu administrieren.

4.2.2 Die nach einem Ampelsystem aufgebaute Web-Applikation zeigte am EDV-Bildschirm folgendes Bild:

Abbildung 4: Intensivbettenprogramm, Beispiel für einen Tag im Jahr 2018

Stationen, Kategorien und Status komprimiert									
Hauptmenü	ICU	ICU ohne VwSt.	ANÄ-ICU	CCU	IMC	STROKE	Schock	Notfallmed-Akut	KI-ICU
Übersicht	AKH	ICU-NFA			IMC-NFA	Stroke Unit	Unfall Schock		Kinderintensiv
<input checked="" type="checkbox"/> ICU	DSP	Station 552	Station 532			Neuro Stroke Unit	Schock		Kinderintensiv Kinderschock
<input checked="" type="checkbox"/> ICU ohne VwSt.	FLO	IIS	Anästh. Int. st.					Notfallmed Akutbett	
<input checked="" type="checkbox"/> ANÄ-ICU	KAR	2. Med. Intensiv 12A	Anästhesie-Intensiv		2. Med. IMC	Stroke Unit			
<input checked="" type="checkbox"/> CCU	KFJ	1. Med. Intensivst. 4. Med. ICU mit Infektion	Anästh. Intensivst.	5. Med. CCU	4. Med. IMC mit Infekt Anästh. IMC	Neuro. Stroke Unit			Kinderintensiv
<input checked="" type="checkbox"/> IMC	KHR	4. Med. Intensivstat., Beatmung 3. Med. Intensivst., Beatmung	Anästhesie IBST 1	4. Med. Intensivstation, Überwachung	1. Med. IMCU 2. Med. Überw. stat.	Neuro Stroke Unit		Notfallmed Akutbett	
<input checked="" type="checkbox"/> STROKE	NZR		Neurointensiv A 2		B5 Neuro. Intermediär	A4 Stroke Unit B5 Stroke Unit			
<input checked="" type="checkbox"/> Schock	OWS		Intensivstation						
<input checked="" type="checkbox"/> Notfallmed-Akut	WIL	3. Med. Herzintensiv Beatmung	Toxikol. Intensiv Oper. Intensivstat.	3. Med. Herzintensiv Überwachung	Operative IMC	N. Stroke Unit WIL im OWS	Unfall Schock	Notfallmed Akutbett	
<input type="checkbox"/> Nur anfahrbare Stationen									
<input checked="" type="checkbox"/> Nur KAV									
Legende									
<input type="checkbox"/> inaktiv									
<input type="checkbox"/> offen									
<input type="checkbox"/> gesperrt									
<input type="checkbox"/> Aviso									
<input type="checkbox"/> Vorw. Stufe									
<input type="checkbox"/> Aviso-VwSt.									

Quelle: Leitfaden Journaldienst Krankenanstaltenverbund, Darstellung: Krankenanstaltenverbund

Wie aus der Abbildung 4 ersichtlich, war anhand der verschiedenen Farben für die Anwenderinnen bzw. Anwender erkennbar, ob bzw. welche Bereiche über freie Betten (grün) verfügten oder eine vorübergehende Sperre (rot) der jeweiligen Kapazitäten z.B. bei vollständiger Belegung vorlag. Sowohl planbare als auch ungeplante Bettensperren waren im Intensivbettenprogramm als sogenannte Inaktivsetzungen (schwarz) ersichtlich. Für Bettenreservierungen war von der Rettungsleitstelle ein sogenanntes Aviso (gelb) einzugeben. Unabhängig davon sollte die Rettungsleitstelle Rettungszufahrten mit Akutfällen jedoch auch telefonisch der betreffenden medizinischen Fachabteilung vorankündigen.

Wenn es in Wien in den prüfungsgegenständlichen Bereichen zu Engpässen kam, war in der Applikation eine automatische Umschaltung auf die sogenannte Vorwarnstufe (blau) vorgesehen. Damit sollten die Mitarbeitenden in der Rettungsleitstelle und den Spitalseinrichtungen auf eine eintretende prekäre Bettensituation rechtzeitig vorbereitet werden. In letzter Konsequenz bedeutete dies, dass die Fondskrankenanstalten im Hinblick auf ihre Versorgungspflichten bei voller Auslastung der Spezialbetten weitere entsprechende Akutfälle zu übernehmen hatten, auch wenn keine derartigen Betten mehr frei waren.

4.2.3 Wie bereits im Punkt 3.2.3 erwähnt, verfügte der Krankenanstaltenverbund auch über ein Auswertungstool, welches sowohl die systemisierten Bettenstände als auch die tatsächliche Bettenbelegung der prüfungsgegenständlichen Spezialbetten abbildete. Der Stadtrechnungshof Wien verglich die zum Zeitpunkt der Prüfung im Intensivbettenprogramm abgebildeten Sollkapazitäten mit den im zuvor genannten Auswertungstool ausgewiesenen Sollkapazitäten an systemisierten Betten und stellte Unterschiede zwischen den beiden Bettenständen fest. Diese waren darauf zurückzuführen, dass lt. Auskunft des Krankenanstaltenverbundes im Intensivbettenprogramm seit dessen Implementierung zwar Adaptierungen vorgenommen worden waren, jedoch kaum Anpassungen über zwischenzeitlich eingetretene Veränderungen der Bettenstände in den Krankenanstalten durchgeführt wurden.

4.3 Planung und Handhabung von Bettensperren

4.3.1 Ansprechpartner für die einzelnen Spitäler des Krankenanstaltenverbundes war hinsichtlich der Bettensperren der Journdienst in der Generaldirektion, dessen Aufgaben in einem Leitfadens geregelt waren.

Die Sperren für das jeweils kommende Jahr waren von den einzelnen Krankenanstalten zwecks besserer Planung jährlich der Generaldirektion zu melden, die diese zu genehmigen hatte. Bei kurzfristig aufgrund von technischen Problemen notwendigen Bettensperren hatten die Spitäler den Journdienst zu kontaktieren. Derartige Sperren wurden erst nach Klärung der wienweiten Bettensituation genehmigt oder abgelehnt. In allen Fällen von Bettensperren in Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereichen bzw. Schockräumen waren im Intensivbettenprogramm die schwarz unterlegten Inaktivsetzungen grundsätzlich von den jeweiligen medizinischen Fachabteilungen vorzunehmen.

4.3.2 Der Stadtrechnungshof Wien ersuchte die Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes um Auswertungen für den Betrachtungszeitraum, in welchem Ausmaß Inaktivsetzungen infolge von geplanten und ungeplanten Sperren bei den prüfungsgegenständlichen Spezialbetten erfolgt waren. Wie die Generaldirektion dazu ausführte, sei eine vollständige, aussagekräftige Auswertung aller Inaktivsetzungen nicht möglich, da erst mit dem Erlass aus dem Jahr 2016 eine einheitliche Vorgehensweise zur Meldungspflicht an die Generaldirektion festgelegt worden sei. Gleichzeitig sei damit eine KAV-weite Jahresplanung implementiert worden.

4.3.3 Die praktische Handhabung des Intensivbettenprogrammes gestaltete sich in den vom Stadtrechnungshof Wien aufgesuchten Krankenanstalten unterschiedlich. So zeigten die mit Vorständen von medizinischen Fachabteilungen geführten Gespräche, dass Mitarbeitende häufig nach einer Übernahme eines Akutfalles im Intensivbettenprogramm vorübergehende Sperren für die Rettungszufahrten vornahmen. Dies verhinderte eine zeitnahe Übernahme eines weiteren Akutfalles für die Zeit, in der das Personal mit der Versorgung dieser Patientin bzw. dieses Patienten beschäftigt war.

Die Abteilungen führten zur praktischen Handhabung des gegenständlichen EDV-Programmes weiter aus, dass in begründeten Fällen Spezialbetten auch bei geplanten Operationen mit einem anschließend zu erwartenden intensivmedizinischen Versorgungsbedarf der betroffenen Patientinnen bzw. Patienten gesperrt würden. In derartigen Situationen wurden im Intensivbettenprogramm nicht die tatsächlich freien, sondern weniger Spezialbetten als tatsächlich verfügbar, ausgewiesen.

In einem Gespräch war von einer stationsführenden Oberärztin dem Stadtrechnungshof Wien gegenüber kommuniziert worden, dass vorübergehende Sperren auch ohne Vorliegen derartiger Gründe gesetzt worden seien, damit in dieser Zeit andere Spitäler Rettungszufahrten mit Akutfällen übernehmen würden. Schließlich gaben Mitarbeitende auch an, dass von ihnen aus zeitlichen Gründen Eintragungen im Intensivbettenprogramm nicht immer umgehend vorgenommen worden seien.

4.3.4 Die in den Krankenanstalten unterschiedlich gepflogenen Vorgehensweisen erschwerten letztlich den Rettungsdiensten häufig rasche Anfahrten in die Spitäler. Vor allem die Eintragungen der Bettensperren im Intensivbettenprogramm infolge subjektiver Einschätzungen von Mitarbeitenden über deren Art, Umfang und Notwendigkeit erschien dem Stadtrechnungshof Wien problembehaftet. Ermöglicht wurde dies in Ermangelung einheitlicher, für den gesamten Krankenanstaltenverbund geltender Regelungen und der Festlegung von klaren Verantwortlichkeiten zu den Eintragungsmodalitäten im Intensivbettenprogramm.

4.4 Vorgehensweisen in zwei in die Einschau einbezogenen Spitalseinrichtungen

4.4.1 Obwohl das Intensivbettenprogramm im Krankenanstaltenverbund seit Jahren genutzt wurde, erfolgten nicht nur in der Rettungsleitstelle, sondern auch in den Krankenanstalten weiterhin telefonische Koordinierungsabsprachen hinsichtlich der Zuteilung von Akutfällen zur Erstversorgung.

4.4.2 In einer der in die Einschau einbezogenen Krankenanstalten fungierte die Zentrale Notaufnahme grundsätzlich als zentrale Koordinierungs- und Übernahmestelle für alle Akutfälle. Diese war daher von der Rettungsleitstelle zu kontaktieren, wobei die Ver-

dachtsdiagnose und die ungefähre Ankunftszeit bekannt zu geben waren. Zwischenzeitlich trafen die Mitarbeitenden der Zentralen Notaufnahme Vorbereitungen zur Erstversorgung des erwarteten Akutfalles. Gleichzeitig erfolgte eine Sondierung des Bettenstandes in der Krankenanstalt durch Abklärung der freien Kapazitäten im Intensivbettenprogramm. In der Folge kontaktierte die leitende Oberärztin bzw. der leitende Oberarzt der Zentralen Notaufnahme die medizinischen Fachabteilungen, um eine anschließende Transferierung zur weiteren Versorgung in einem Spezialbett - sofern erforderlich - sicherzustellen. Nur in Ausnahmefällen und nach Rücksprache - nämlich bei Kapazitätsengpässen in der Zentralen Notaufnahme - wurden Notfälle direkt an der jeweils zuständigen medizinischen Fachabteilung erstversorgt.

4.4.3 Bei der zweiten vom Stadtrechnungshof Wien in seiner Einschau vor Ort aufgesuchten Krankenanstalt nahm die Zentrale Notaufnahme keine Koordinierungsfunktion in der zuvor beschriebenen Art ein. Akutfälle wurden entweder direkt an der jeweils zuständigen medizinischen Fachabteilung oder in der Zentralen Notaufnahme erstversorgt. Dies stellte sich für die Rettungsleitstelle insofern nachteilig dar, da damit im Vorfeld der Übernahme der Patientinnen bzw. Patienten durch die gegenständliche Krankenanstalt eine zeitintensive telefonische Koordinierung mit den einzelnen Fachabteilungen notwendig wurde, häufig auch mit unterschiedlichen Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartnern.

Dazu war anzumerken, dass das Handbuch zum Intensivbettenprogramm diverse telefonische Koordinierungsgespräche grundsätzlich nicht mehr vorsah. Weiters entsprach das Übernahmeprocédere lediglich in einer der beiden in die unmittelbare Einschau einbezogenen Krankenanstalt dem im Punkt 2.2.3 beschriebenen idealtypischen Ablauf, wonach alle Akutfälle ausschließlich im Weg der Zentralen Notaufnahme erstversorgt werden sollten.

4.4.4 Die durchgeführten Erhebungen zeigten weiters in den beiden in die Einschau einbezogenen Krankenanstalten Unterschiede bei der Übernahme durch die medizinischen Fachabteilungen der von der Zentralen Notaufnahme bereits erstversorgten Patientinnen bzw. Patienten auf. In einer Krankenanstalt war nämlich bereits vor längerer

Zeit eine zentrale Ansprechperson im Auftrag der Ärztlichen Direktion installiert und eine Festlegung zur Freihaltung von Bettenkapazitäten in den jeweiligen Fachabteilungen zur Entlastung der Zentralen Notaufnahme getroffen worden. In der anderen Krankenanstalt war ab Juli 2018 zur Verbesserung des Belagsmanagements ein Projekt initiiert worden, welches das Nahtstellenmanagement zwischen der Zentralen Notaufnahme und den medizinischen Fachabteilungen betraf.

4.4.5 Leitende Mitarbeitende aus den Intensivbereichen der Krankenanstalten führten gegenüber dem Stadtrechnungshof Wien aus, dass die bereits erwähnte Versorgungspflicht von Fondskrankenanstalten für sie oft eine Herausforderung darstelle. Aus ihrer Sicht würde die Anzahl an Intensivbetten in Wien zwar ausreichen, jedoch fehle es an Versorgungsmöglichkeiten für nicht mehr intensivpflichtige Patientinnen bzw. Patienten z.B. in Form von IMC-Betten. So müssten nicht mehr intensivpflichtige Patientinnen bzw. Patienten länger als geplant im Intensivbereich belassen werden, falls aufgrund ihres Gesundheitszustandes eine Verlegung in eine Normalpflegestation medizinisch noch nicht vertretbar sei.

Als weiteren ressourcenbindenden Faktor wurde von den befragten Mitarbeitenden der Intensivbereiche die Verweildauer von betagten Patientinnen bzw. Patienten angeführt, die mangels ausreichend verfügbarer Remobilisations- und Nachsorgemöglichkeiten z.T. länger als medizinisch erforderlich in den Intensivbereichen verbleiben müssten.

4.5 Spezielle Regelungen und Vorgehensweisen bei der Versorgung von Akutfällen durch das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus

4.5.1 Zusätzlich zu den im Punkt 4.1 angeführten Erlässen der Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes lagen im Allgemeinen Krankenhaus weitere im Folgenden angeführte Arbeitsanweisungen vor.

Für Patientinnen bzw. Patienten, die von Rettungsdiensten übernommen wurden, als auch für jene, die selbstständig in das Allgemeine Krankenhaus kamen, galt die Regelung "Behandlungsweg für ambulante Patientinnen bzw. Patienten der Universitätsklinik

für Notfallmedizin" vom Oktober 2013. Demnach standen für die Primärversorgung die Notfallambulanzräume der verschiedenen klinischen Sonderfächer und für lebensbedrohliche Notfälle der Akutbehandlungsbereich der Universitätsklinik für Notfallmedizin zur Verfügung. Von einer Notärztin bzw. einem Notarzt begleitete Patientinnen bzw. Patienten waren direkt von den diensthabenden Ärztinnen bzw. diensthabenden Ärzten zu übernehmen und an Behandlungsplätze zuzuweisen. Bei allen übrigen Patientinnen bzw. Patienten hatte diplomiertes Pflegepersonal eine Erstbegutachtung durchzuführen. Anhand des Beschwerdebildes wurde mittels eines fünfstufigen Triage-Systems eine Einteilung in unterschiedliche Kategorien getroffen, um jene Patientinnen bzw. Patienten zu identifizieren, die rasch von einer Notfallmedizinerin bzw. einem Notfallmediziner zu behandeln waren.

4.5.2 Der Ablauf der Planung von Bettensperren war im Allgemeinen Krankenhaus ebenfalls in einer eigenen Arbeitsanweisung inkl. einer Prozessbeschreibung abgebildet. Nach einer Erstbesprechung waren die Kliniken aufzufordern, ihre Sperrvorschläge inkl. einer Begründung für das Folgejahr an die Ärztliche Direktion, Abteilung Medizinischer Betrieb, zu übermitteln. Danach waren unter Berücksichtigung von behördlich vorgeschriebenen Wartungen und verschiedenen baulichen Projekten die Sperren zu planen und mit dem OP-Management und den Bereichsleitungen der Intensivpflegestationen abzustimmen. Für spezielle Bereiche, die während der Umsetzung von baulichen bzw. technischen Maßnahmen nicht ersatzlos gestrichen werden konnten, waren Ausweichmöglichkeiten zu suchen. Sperren, die aufgrund von Personalmangel beantragt wurden, waren seitens der Pflegedirektion einer Plausibilitätsprüfung zu unterziehen. Im Allgemeinen Krankenhaus durften zeitgleich maximal vier der alle zwei Jahre vorgesehenen Routine-Wartungssperren von Stationen mit IMC-Betten vorgenommen werden. Nach der Freigabe der Sperrpläne durch die Kollegiale Führung des Allgemeinen Krankenhauses waren diese zur Information an die Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes, Geschäftsbereich Medizinmanagement und Sofortmaßnahmen, zu übermitteln und gleichzeitig elektronisch zu speichern.

4.5.3 Im Allgemeinen Krankenhaus fungierte erlassgemäß die Universitätsklinik für Notfallmedizin als zentrale Koordinierungs- und Übernahmestelle für alle Akutfälle und war

daher grundsätzlich von der Rettungsleitstelle zu kontaktieren. Nach erfolgter Erstversorgung verblieben auch jene Patientinnen bzw. Patienten, die einer Intensiv- oder Überwachungspflicht bedurften, bis zur Übernahme durch die jeweilige medizinische Fachabteilung oder eine Intensivstation in der Zentralen Notaufnahme des Allgemeinen Krankenhauses. Diese verfügte nämlich über 14 Betten, in denen auch intensivpflichtige Patientinnen bzw. Patienten versorgt werden konnten. Darüber hinaus wurden bestimmte, unfallchirurgisch zu versorgende Akutfälle direkt auf die Universitätsklinik für Unfallchirurgie gebracht.

Zu der prüfungsgegenständlichen Frage der Ablehnung von Rettungszufahrten führte die Leitung des Allgemeinen Krankenhauses aus, dass grundsätzlich Aufnahmebereitschaft für alle Rettungsanfahrten bestünde, um eine Erstversorgung durchzuführen. In begründeten Ausnahmefällen konnte es jedoch vorkommen, dass intensiv- oder überwachungspflichtige Akutfälle - sofern andere Krankenanstalten von den Rettungsdiensten angefahren werden konnten - nicht angenommen wurden.

4.5.4 Um die Notfallambulanz zu entlasten, war in deren räumlicher Nähe ab Ende des Jahres 2016 eine dem niedergelassenen Bereich zugeordnete Allgemeinmedizinische Akutambulanz zur Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten mit niedrigem Versorgungsbedarf eingerichtet worden. Hiedurch sollte u.a. auch eine Reduktion der Wartezeiten für schwerkranke Personen im Allgemeinen Krankenhaus erreicht werden. An Werktagen war die angeführte Ambulanz von 16.00 Uhr bis 22.00 Uhr und an den Wochenenden und Feiertagen von 10.00 Uhr bis 22.00 Uhr geöffnet.

Weitere Maßnahmen zur Entlastung der Notfallambulanz als auch der Universitätsklinik für Unfallchirurgie waren durch Kooperationen sowohl innerhalb des Krankenanstaltenverbundes als auch mit externen Partnerinnen bzw. Partnern getroffen worden. Gemäß den Vereinbarungen sollten Patientinnen bzw. Patienten, die keiner unmittelbaren notärztlichen Versorgung mehr bedurften, in solche Einrichtungen transferiert werden. Diese Form des Belagsmanagements diene einerseits zur Freihaltung der entsprechenden Betten im Allgemeinen Krankenhaus und andererseits zum bestmöglichen Einsatz der Kapazitäten der zuvor genannten Akutversorgungsbereiche. Nicht unerwähnt soll blei-

ben, dass zum Zeitpunkt der Einschau im Allgemeinen Krankenhaus auch die Schaffung von Remobilisations- und Nachsorgemöglichkeiten geplant war.

4.5.5 Der elektronische Informationsaustausch über die im Allgemeinen Krankenhaus zur Verfügung stehenden Zufahrtskontingente mit der Rettungsleitstelle erfolgte nur anhand der unter Punkt 3.2.2 beschriebenen Softwareapplikation und nicht mittels dem Intensivbettenprogramm. Die Meldungen des Allgemeinen Krankenhauses hinsichtlich Anfahrbereitschaft bzw. vorübergehender Sperren von Spezialbetten waren durch die Mitarbeitenden der Rettungsleitstelle in das Intensivbettenprogramm des Krankenanstaltenverbundes händisch zu übertragen. Da das Allgemeine Krankenhaus nur über eine eingeschränkte Zugriffsmöglichkeit zu diesem EDV-Programm verfügte, wurden auch die Buchungen zu den planbaren und ungeplanten Bettensperren in diesem Programm nicht durch das Allgemeine Krankenhaus selbst, sondern durch den Journaldienst des Krankenanstaltenverbundes vorgenommen.

4.6 Feststellungen betreffend die Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund

4.6.1 Im Betrachtungszeitraum war der Krankenanstaltenverbund bemüht, die Umsetzung der Neugestaltung der Spitalslandschaft entsprechend dem Spitalskonzept 2030 voranzutreiben. Dazu zählte auch die Etablierung von Zentralen Notaufnahmen in allen Krankenanstalten, was zum Zeitpunkt der Einschau z.T. bereits zum Tragen kam. Der Masterplan des Krankenanstaltenverbundes enthielt Regelungen zum idealtypischen Ablauf der Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten. Da im Prüfungszeitraum der Umsetzungsprozess hinsichtlich der Zentralen Notaufnahmen noch nicht abgeschlossen war, nahm der Stadtrechnungshof Wien in den in die Einschau einbezogenen Krankenanstalten unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Übernahme der prüfungsrelevanten Akutfälle wahr.

4.6.2 Die Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes erließ bereits im Jahr 2013 eine Dienstanweisung, welche die organisatorische Übernahme von Patientinnen bzw. Patienten und die Dokumentation zum Inhalt hatte. Der Behandlungsweg für ambulante Patientinnen bzw. Patienten der Universitätsklinik für Notfallmedizin des Allgemeinen

Krankenhauses war in einer gesonderten, im selben Jahr erlassenen Arbeitsanweisung thematisiert worden, welche primär die durchzuführende Erstbegutachtung und Einteilung nach Dringlichkeit der Behandlung betraf. In diesen beiden Regelungen waren zwar punktuelle und allgemein gehaltene Festlegungen getroffen worden, jedoch enthielten sie keine speziellen Ausführungen zu den Vorgehensweisen bei Akutfällen, die jedenfalls in einer Krankenanstalt verpflichtend aufzunehmen waren.

4.6.3 Neben den Regelungen zur Übernahme von Patientinnen bzw. Patienten hatte der Krankenanstaltenverbund im Jahr 2016 die Meldungspflicht von geplanten sowie ungeplanten Bettensperren an die Generaldirektion neu festgelegt. Mit einer entsprechenden Kennzeichnung als Inaktivsetzung im Intensivbettenprogramm sollte seitdem für die Generaldirektion ein besserer Überblick über die täglich verfügbaren Versorgungskapazitäten in den Krankenanstalten gegeben sein. Nicht im Erlass geregelt waren vorübergehende Sperren, welche Mitarbeitende der einzelnen betroffenen medizinischen Fachabteilungen eigenverantwortlich und ohne Meldungsverpflichtung an die Generaldirektion im Intensivbettenprogramm vornehmen konnten. Die Prüfung zeigte, dass diese nicht erlassmäßig geregelten Bettensperren in den Krankenanstalten sehr unterschiedlich gehandhabt wurden.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl daher, über die zum Zeitpunkt der Einschau geltenden Erlässe hinausgehend ein Regelwerk für vorübergehende Bettensperren zu schaffen, das auch klare Festlegungen hinsichtlich der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in den Krankenanstalten für die entsprechenden Eintragungen im Intensivbettenprogramm enthalten sollte.

4.6.4 Weiters zeigte die Einschau, dass im Krankenanstaltenverbund keine detaillierten Regelungen zum Belagsmanagement für Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereiche bestanden, womit dieses von den in die Prüfung einbezogenen Krankenanstalten unterschiedlich gehandhabt wurde. Interdisziplinäre Verlegungen mussten häufig durch zeitaufwendige Telefonate koordiniert werden. Damit wurde auch bei notwendigen Transferierungen von Patientinnen bzw. Patienten die Suche nach einer geeigne-

ten Weiterversorgung nicht nur innerhalb des Krankenanstaltenverbundes, sondern auch in externen Spitalseinrichtungen wesentlich erschwert.

Um die zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten optimal zu nutzen, sollte daher über die bisher bestehenden Regelungen hinausgehend im Krankenanstaltenverbund auch ein Bettenbelagsmanagement für die gegenständlichen Spezialbetten etabliert werden.

Ergänzend dazu wären zur Vereinheitlichung des im Masterplan vorgesehenen Ablaufprocedere bei der Versorgung von Akutfällen - unabhängig vom Ziel der Etablierung von Zentralen Notaufnahmen in allen Krankenanstalten - im Krankenanstaltenverbund Koordinierungsverantwortlichkeiten festzulegen.

4.6.5 Der Stadtrechnungshof Wien verkannte nicht, dass die Wahrnehmung der Versorgungspflicht nach dem Wr. KAG für die betroffenen medizinischen Fachabteilungen in den einzelnen Krankenanstalten eine große Herausforderung darstellte. Dies war nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass im Betrachtungszeitraum nachfolgende Versorgungsmöglichkeiten für nicht mehr intensivpflichtige Patientinnen bzw. Patienten sehr begrenzt waren. Aus diesem Grund empfahl der Stadtrechnungshof Wien, die derzeit bestehenden Versorgungskapazitäten in diesen Bereichen im Einvernehmen mit der Magistratsabteilung 24 zu evaluieren. Darauf aufbauend wären entsprechende Maßnahmen zur Entlastung der prüfungsgegenständlichen Bereiche in die Wege zu leiten.

5. Abschließende Feststellungen und Empfehlungen

Obwohl mit der seinerzeitigen Einführung des EDV-basierten Intensivbettenprogrammes Vereinfachungen in der Zusammenarbeit zwischen der Rettungsleitstelle und den Krankenanstalten angestrebt worden waren, zeigten sich bei der Einschau weiterhin Verzögerungen in der Versorgungskette von Akutfällen.

Einer der Gründe hierfür lag nach Ansicht des Stadtrechnungshofes Wien in der unterschiedlichen Handhabung des Intensivbettenprogrammes durch die Mitarbeitenden der

prüfungsgegenständlichen Einrichtungen des Krankenanstaltenverbundes. Kritikwürdig erschien auch der Umstand, dass dieses EDV-Werkzeug seit dessen Einführung nicht an die geänderten Gegebenheiten im Krankenanstaltenverbund angepasst worden war. Außerdem erfolgte der elektronische Informationsaustausch zwischen der Rettungsleitstelle und dem Allgemeinen Krankenhaus ohne Zuhilfenahme dieser Applikation, so dass die Meldungen des Allgemeinen Krankenhauses hinsichtlich dessen Anfahrbereitschaft oder zu vorübergehenden Bettensperren durch Mitarbeitende der Rettungsleitstelle händisch einzupflegen waren. Schließlich waren aus dem Intensivbettenprogramm nicht alle für eine Disponierung von Akutfällen notwendigen Informationen wie etwa die aktuelle Bettenauslastung und die damit verbundene tatsächliche Aufnahmebereitschaft zu gewinnen. Infolge dessen führten sowohl die Rettungsleitstelle als auch die Krankenanstalten weiterhin immer wieder zeitintensive Telefonate, bis im Bedarfsfall ein entsprechendes Spezialbett eruiert werden konnte.

In diesem Zusammenhang empfahl das ehemalige Kontrollamt bereits im Jahr 2009 in seinem Bericht MA 70, Prüfung der Qualitätssicherung, Personalsituation, Betriebsorganisation, technischen und infrastrukturellen Ausstattung, Finanzentwicklung und Tarifgestaltung Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a WStV vom 21. Dezember 2009, KA - K-13/09, der Magistratsabteilung 70 gemeinsam mit dem Krankenanstaltenverbund sicherzustellen, dass das Management der Spezialbetten ohne Vornahme von Telefonaten unter ausschließlicher Nutzung des gegenständlichen EDV-Systems vorgenommen werden kann. Weiters wäre von der Generaldirektion des Krankenanstaltenverbundes durch steuernde Maßnahmen auch zu gewährleisten, dass jederzeit im Bedarfsfall derartige Spezialbetten für die unterschiedlichen Patientinnen- bzw. Patientengruppen zur Verfügung stehen.

Zwischenzeitlich stellte der Journdienst des Krankenanstaltenverbundes der Wiener Rettung in elektronischer Form die Echtdateien zu den belegten Betten zeitversetzt in dreistündigen Intervallen zur Verfügung. Das Fehlen dieser Daten im Intensivbettenprogramm wurde vom Stadtrechnungshof Wien als Manko erkannt ebenso wie Hinweise zu jenen Notfällen, die von der Rettungsleitstelle bereits auf die Zentralen Notaufnahmen disponiert waren bzw. dort auf ihre Erstversorgung warteten.

Aus diesen Gründen erachtete der Stadtrechnungshof Wien eine grundlegende Adaptierung des Intensivbettenprogrammes als dringend notwendig, um künftig für beide beteiligten Dienststellen zeitnahe Informationen über die realen Gegebenheiten in Bezug auf die möglichst rasche stationäre Versorgung der prüfungsgegenständlichen Akutfälle sicherzustellen.

Um künftig eine ausschließlich automationsunterstützte Steuerung der vorhandenen Kapazitäten an Spezialbetten vornehmen zu können, sollten alle verfügbaren Informationen zu den Rettungszufahrten und der Belagssituation in Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereichen bzw. Schockräumen zusammengeführt werden.

Aus dem zum Zeitpunkt der Einschau vorliegenden Datenmaterial konnten weder die Magistratsabteilung 70 noch der Krankenanstaltenverbund eine Aussage darüber treffen, wie viele Patientinnen bzw. Patienten einer umgehenden stationären Versorgung in Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereichen bzw. in einem Schockraum bedürften.

Aus diesem Grund empfahl der Stadtrechnungshof Wien den beiden Dienststellen, das Aufkommen zur Versorgung derartiger extramuraler Akutfälle in deren Regelberichts-wesen aufzunehmen. Eine Kennzahl zur Versorgung bzw. Ablehnung von Akutfällen in den Krankenanstalten könnte einerseits die bereits geplante Erweiterung des Managementreports der Magistratsabteilung 70 ergänzen und andererseits dem Krankenanstaltenverbund bzw. der Magistratsabteilung 24 für Planungszwecke dienlich sein.

Nicht zuletzt sollten die Magistratsabteilung 70 und der Krankenanstaltenverbund einen regelmäßigen institutionalisierten Informationsaustausch ins Leben rufen, womit auftretende Frage- bzw. Problemstellungen in Bezug auf deren Zusammenarbeit zeitnah und effizient erkannt sowie gelöst werden könnten.

6. Zusammenfassung der Empfehlungen

Empfehlungen an die Magistratsabteilung 70

Empfehlung Nr. 1:

Die Magistratsabteilung 70 sollte in enger Abstimmung mit dem Krankenanstaltenverband, ihre Handlungsanweisungen auf deren Aktualität hin laufend überarbeiten und ergänzen (s. Punkt 3.4).

Stellungnahme der Magistratsabteilung 70:

In Entsprechung dieser Empfehlung wurde von der Magistratsabteilung 70 gemeinsam mit dem Krankenanstaltenverband ein Arbeitskreis eingerichtet, der sich mit den Handlungsanweisungen auseinandersetzt. Die erste Detailabstimmung hat bereits Anfang März 2019 stattgefunden, weitere Sitzungen des Arbeitskreises sind bereits terminisiert.

Empfehlung Nr. 2:

Die Magistratsabteilung 70 und der Krankenanstaltenverband sollten das Aufkommen zur Versorgung von extramuralen Akutfällen in deren Regelberichtswesen aufnehmen (s. Punkt 5.).

Stellungnahme der Magistratsabteilung 70:

Grundvoraussetzung für die Aufnahme des Aufkommens zur Versorgung von extramuralen Akutfällen in das Regelberichtswesen ist die Einrichtung einer Schnittstelle zwischen dem Intensivbettenprogramm des Krankenanstaltenverbandes und dem Einsatzleitsystem der Magistratsabteilung 70. Die diesbezüglichen Gespräche zwischen dem Krankenanstaltenverband und der Magistratsabteilung 70 sind bereits im Gange. Nach Implementierung der Schnittstelle wird die Verfügbarkeit der Intensivbetten, Überwachungsbetten und aller anderen Spezialbetten den jeweils aktu-

ellsten Stand wiedergeben und automatisch in das Regelberichts-
wesen übernommen werden können.

Empfehlung Nr. 3:

Die Magistratsabteilung 70 und der Krankenanstaltenverbund sollten einen regelmäßigen institutionalisierten Informationsaustausch ins Leben rufen, womit auftretende Frage- bzw. Problemstellungen in Bezug auf deren Zusammenarbeit zeitnahe und effizient erkannt sowie gelöst werden könnten (s. Punkt 5.).

Stellungnahme der Magistratsabteilung 70:

Die Magistratsabteilung 70 und der Krankenanstaltenverbund haben bereits ein diesbezügliches monatliches Jour fixe eingerichtet. Ziel dieses Jour fixe ist es, insbesondere Kommunikationsprobleme und Fragen der Zusammenarbeit zeitnahe und effizient zu bearbeiten.

Empfehlungen an die Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund

Empfehlung Nr. 1:

Über die geltenden Erlässe hinausgehend sollte ein Regelwerk für vorübergehende Bettensperren geschaffen werden, das auch klare Festlegungen hinsichtlich der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in den Krankenanstalten für die entsprechenden Eintragungen im Intensivbettenprogramm enthalten sollte (s. Punkt 4.6.3).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Derzeit ist im Krankenanstaltenverbund eine Anweisung "Bettensperren/Rettungssperren" in Form einer Standardarbeitsanweisung in Erarbeitung. Nach der Freigabe durch die Leitung des Health Care Management wird diese Standardarbeitsanweisung in zwei definierten Pilothäusern (voraussichtlich das Kaiser-Franz-Josef-Spital und die Krankenanstalt Rudolfstiftung) ausgerollt. Nach erfolgter Evaluierung der Umsetzung in den Pilothäusern er-

folgt eine entsprechende KAV-weite Ausrollung in allen Organisationseinheiten.

Empfehlung Nr. 2:

Um die zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten des Krankenanstaltenverbundes optimal zu nutzen, wäre über die bisher bestehenden Regelungen hinausgehend auch ein Bettenbelagsmanagement für die Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereiche zu etablieren (s. Punkt 4.6.4).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Im Krankenhaus Nord werden als Pilotprojekt die Intensivbetten (inkl. IMC) über die Zentrale Notaufnahme koordiniert, wobei die Koordinations- bzw. Funktionsrolle im Bereich Intensivbetten nach ca. sechs Monaten evaluiert wird. Anschließend erfolgt angepasst an die Ergebnisse eine entsprechende KAV-weite Ausrollung in allen Organisationseinheiten. Der Wiener Rettung werden vorab im Intensivbettenprogramm freie Kapazitäten angezeigt. Vital bedrohte Personen werden über die Zentrale Notaufnahme avisiert, die interne Zuteilung des Intensivbettes erfolgt sodann durch definierte Mitarbeitende der Zentralen Notaufnahme.

Bezüglich der Versorgung in Stroke Unit Bereichen wurde in der Standardarbeitsanweisung "Endovaskuläre Schlaganfallversorgung" (Mitte Juni 2017) ein Wochenplan für die Zuständigkeit der drei Stroke Center Allgemeines Krankenhaus, Krankenanstalt Rudolfstiftung und Barmherzige Brüder festgelegt.

Empfehlung Nr. 3:

Zur Vereinheitlichung des im Masterplan vorgesehenen Ablaufprocedere bei der Versorgung von Akutfällen sollten im Krankenanstaltenverbund - unabhängig vom Ziel der

Etablierung von Zentralen Notaufnahmen in allen Krankenanstalten - Koordinierungsverantwortlichkeiten festgelegt werden (s. Punkt 4.6.4).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Ansprechpersonen bei der Versorgung von Akutfällen sind generell im Intensivbettenprogramm definiert und hinterlegt. Die genaue Regelung bzw. das aktuelle Vorgehen wird in den derzeit bestehenden (Zentralen) Notaufnahmen evaluiert und mit den Erfahrungswerten aus dem Betrieb des Krankenhauses Nord im Sinn eines Optimierungspotenzials abgestimmt.

Empfehlung Nr. 4:

Die bestehenden Versorgungskapazitäten für nicht mehr intensivpflichtige Patientinnen bzw. Patienten sollten vom Krankenanstaltenverbund im Einvernehmen mit der Magistratsabteilung 24 evaluiert und darauf aufbauend entsprechende Maßnahmen zur raschen Entlastung der prüfungsgegenständlichen Bereiche in die Wege geleitet werden (s. Punkt 4.6.5).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Die Evaluierung erfolgt im Rahmen der Ausarbeitung des Regionalen Strukturplanes Gesundheit für den stationären Bereich. Die Einleitung darauf aufbauender Maßnahmen wird entsprechend in die Wege geleitet werden.

Empfehlung Nr. 5:

Um künftig zeitnahe Informationen über die realen Gegebenheiten in Bezug auf die möglichst rasche stationäre Versorgung von Akutfällen sicherstellen zu können, sollten alle verfügbaren Informationen zu den Rettungszufahrten und der Belagssituation in Intensiv-, Überwachungs- und Stroke Unit Bereichen bzw. Schockräumen EDV-unterstützt zusammengeführt werden (s. Punkt 5.).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Die Optimierung des Intensivbettenprogrammes ist derzeit in Planung. Erste Gespräche wurden diesbezüglich bereits geführt und eine Arbeitsgruppe wird derzeit etabliert.

Empfehlung Nr. 6:

Der Krankenanstaltenverbund und die Magistratsabteilung 70 sollten das Aufkommen zur Versorgung von extramuralen Akutfällen in deren Regelberichtswesen aufnehmen (s. Punkt 5.).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Das Aufkommen zur Versorgung von extramuralen Akutfällen wird auch im monatlichen Informationsaustausch (vgl. Empfehlung Nr. 7) mit aufgenommen. Eine generelle Erhebung im Regelberichtswesen ist geplant, wobei erste Vorgespräche zur Gestaltung des Regelberichtswesens bereits stattfanden.

Empfehlung Nr. 7:

Der Krankenanstaltenverbund und die Magistratsabteilung 70 sollten einen regelmäßigen institutionalisierten Informationsaustausch ins Leben rufen, womit auftretende Frage- bzw. Problemstellungen in Bezug auf deren Zusammenarbeit zeitnahe und effizient erkannt sowie gelöst werden könnten (s. Punkt 5.).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Es findet bereits ein monatlicher Austausch zwischen der Leitstelle der Magistratsabteilung 70 und dem Journdienst des Krankenanstaltenverbundes statt. Die besprochenen Inhalte, Frage- und Problemstellungen werden entsprechend dokumentiert. Sollte es

zu keiner Einigung in wesentlichen Punkten kommen, so wird eine Klärung in den nächsthöheren Hierarchieebenen herbeigeführt werden.

Der Stadtrechnungshofdirektor:

Dr. Peter Pollak, MBA

Wien, im Mai 2019