



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 - 31/19

Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund,
Prüfung betreffend Wartezeiten auf Untersuchungs-
termine, Diagnostik, Therapien und Operationen in
Einrichtungen des Krankenanstaltenverbundes
Prüfungersuchen gemäß § 73e Abs. 1 WStV
vom 5. September 2019, Teil 1

KURZFASSUNG

Aus Anlass eines Prüfungsersuchens unterzog der Stadtrechnungshof Wien die Wartezeiten insbesondere auf OP-Termine und auf Untersuchungstermine in Spitalsambulanzen in den Einrichtungen der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund einer Prüfung.

Im Betrachtungszeitraum der Jahre 2017 bis 2019 wies die Mehrzahl der medizinischen Abteilungen bei den erhobenen Leistungen gleichbleibende oder sinkende Wartezeiten auf OP-Termine auf. Bei einigen medizinischen Abteilungen waren hingegen steigende Wartezeiten festzustellen, was auf unterschiedlichste Ursachen zurückzuführen war. Diesbezügliche Empfehlungen betrafen unter anderem die Transparenz des OP Planungsprozesses, die Optimierung der eingesetzten elektronischen Planungssysteme sowie die Etablierung von Monitoring und Steuerungsmechanismen im Bereich der OP-Wartezeiten.

Bei der ebenfalls prüfungsgegenständlichen Auslastung der OP-Säle zeigte die Einschau in den Krankenanstalten der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund deutliche Unterschiede bei den Regelbetriebszeiten sowie bei den Auslastungen der OP-Kontingente. Diesbezüglich empfahl der Stadtrechnungshof Wien unter anderem die schrittweise Setzung von Maßnahmen zur Ausweitung der Betriebszeiten gemäß dem Spitalskonzept 2030, die Definition von Vorgaben bzw. Zielwerten für den OP-Bereich sowie eine zentrale Steuerung zur Überwachung von deren Umsetzung.

Hinsichtlich der Wartezeiten auf Untersuchungstermine in den Ambulanzen zeigte die Prüfung, dass die medizinischen Abteilungen diese retrospektiv unter Zuhilfenahme der eingesetzten elektronischen Systeme nicht auswerten konnten. Die zum Zeitpunkt der Einschau erhobenen Wartezeiten ergaben ein uneinheitliches Bild, wobei längere Wartezeiten wiederum verschiedenste Ursachen hatten. Empfehlungen für den Bereich der Wartezeiten auf Untersuchungstermine betrafen unter anderem die Erweiterung der elektronischen Terminplanungssysteme um eine Auswertungsmöglichkeit, die Etablierung eines

regelmäßigen Wartezeitenmonitorings sowie die Erstellung zentraler Vorgaben zur Organisation des Ambulanzbetriebs in den Einrichtungen der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund.

Der Stadtrechnungshof Wien unterzog anlässlich eines Ersuchens von 5 Gemeinderätinnen bzw. Gemeinderäten des NEOS-Klubs der Bundeshauptstadt Wien die Wartezeiten auf Untersuchungstermine, Diagnostik, Therapien und Operationen in Einrichtungen des Gesundheitsverbundes einer stichprobenweisen Prüfung und teilte das Ergebnis seiner Wahrnehmungen nach Abhaltung einer diesbezüglichen Schlussbesprechung der geprüften Stelle mit. Die von der geprüften Stelle abgegebene Stellungnahme wurde berücksichtigt. Allfällige Rundungsdifferenzen bei der Darstellung von Berechnungen wurden nicht ausgeglichen.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Prüfungsgrundlagen des Stadtrechnungshofes Wien	15
1.1 Prüfungsgegenstand	15
1.2 Prüfungszeitraum	20
1.3 Prüfungshandlungen	20
1.4 Prüfungsbefugnis	21
1.5 Vorberichte	21
2. Organisationsvorschriften und Kenndaten der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund	22
3. Rahmenbedingungen zu den prüfungsgegenständlichen Wartezeiten.....	26
3.1 Rechtliche Vorgaben.....	26
3.2 „Medizinischer Masterplan“	29
4. Planung und Vergabe von OP-Terminen	33
4.1 Interne Vorgaben	33
4.2 Implementierung der Planungssysteme.....	34
4.3 Planung von Operationen	35
4.4 Reihungskriterien für die Erbringung von Operationen	36
4.5 Vorgehensweise bei Zustandsverschlechterungen und Begleitmaßnahmen	42
4.6 Weiterführende Erhebungen zur Vergabe von OP-Terminen	43
4.7 Feststellungen und Empfehlungen	47

5. Wartezeiten auf Operationen	50
5.1 Datenbeschaffung zu den Wartezeiten auf Operationen	50
5.2 Entwicklung der Wartezeiten im Betrachtungszeitraum	53
5.3 Bandscheiben-Operationen	54
5.4 Operationen an peripheren Nerven.....	55
5.5 Operationen von Aneurysmen	56
5.6 Operationen von Varizen	58
5.7 Katarakt-Operationen	59
5.8 Operationen von Hüft-Totalendoprothesen, Knie-Totalendoprothesen und Arthroskopien	60
5.9 Operationen von Hernien	62
5.10 Operationen von Schilddrüsen und Gallenblasen	63
5.11 Feststellungen und Empfehlungen.....	64
6. OP-Management und Auslastung der OP-Säle	67
6.1 Vorgaben der Generaldirektion der Unternehmung.....	68
6.2 Regelungen zum perioperativen Management in den Wiener Städtischen Krankenhäusern.....	68
6.3 Umsetzung der Regelungen in den Wiener Städtischen Krankenhäusern	71
6.4 Regelungen zum perioperativen Management in der Teilunternehmung Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus und deren Umsetzung	74
6.5 Raumkapazitäten und Regelbetriebszeiten zur Erbringung von OP-Leistungen	78
6.6 Auslastung der OP-Säle.....	83
6.7 Kontingentbezogene Auslastung der OP-Säle nach Fachrichtungen	88
6.8 Feststellungen und Empfehlungen	91
7. Vergabe von Terminen und Wartezeiten auf medizinische Untersuchungen in Spitalsambulanzen	95
7.1 Allgemeines.....	95
7.2 Vorgaben und eingesetzte Planungssysteme	96
7.3 Reihungskriterien für die Vergabe von Ambulanzterminen.....	98
7.4 Wartezeiten auf Untersuchungstermine	101

7.5 Projekt zur Reduktion von Wartezeiten in den Ambulanzen	104
7.6 Feststellungen und Empfehlungen	105
8. Zusammenfassung der Empfehlungen.....	107

TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Organigramm der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund Jänner 2021.....	24
Tabelle 1: Ausgewählte Kenndaten der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund	24
Abbildung 2: „Medizinischer Masterplan“ Regionen und Partnerspitäler	30
Tabelle 2: Wartezeiten auf ausgewählte OP-Leistungen.....	53
Abbildung 3: Anzahl der OP-Säle in den Krankenanstalten der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund	79
Abbildung 4: Regelbetriebszeiten in den OP-Sälen der Wiener Städtischen Krankenhäusern	81
Abbildung 5: Regelbetriebszeiten in den OP-Sälen der Teilunternehmung Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus	82
Abbildung 6: Entwicklung der Auslastung der OP-Säle in der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund in den Jahren 2017 bis 2019	86
Tabelle 3: Bandbreite der Auslastung der OP-Kontingente in der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund je medizinischer Fachrichtung	88

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.....	Absatz
AKH, Allgemeines Krankenhaus...Teilunternehmung Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus	
Art.....	Artikel
BMASGK.....	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-VG.....	Bundes-Verfassungsgesetz

bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
COR	Coronarangiographie (Herzkatheter)
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019
CT	Computertomographie
d.h.	das heißt
d.s.	das sind
ECT-CT	Emissions-Computertomographie
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
etc.	et cetera
EUR	Euro
gem.	gemäß
Gesundheitsverbund	Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund
IDM	Identity Management System
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
inkl.	inklusive
ISO	Internationale Organisation für Normung
IT	Informationstechnologie
KA	Krankenanstalt
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuran- stalten
KAV	Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund
LDF	Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen
LKF	Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
lt.	laut
MA	Magistratsabteilung
MEL	Medizinische Einzelleistungen
MR	Magnetresonanz
MRT	Magnetresonanztomographie
NEOS	Das Neue Österreich und Liberales Forum

Nr.	.....	Nummer
o.a.	.....	oben angeführt
OÖ	.....	Oberösterreich
OP	.....	Operation
ÖSG	.....	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PET-CT	.....	Positronen-Emissions-Tomographie
PET-MR	.....	Positronen-Emissions-Tomographie und Magnetresonanztomographie
rd.	.....	rund
RSG	.....	Regionaler Strukturplan Gesundheit
s.	.....	siehe
STR	.....	Strahlentherapie, Radioonkologie und Hochvolttherapie
StRH	.....	Stadtrechnungshof
u.Ä.	.....	und Ähnliches
u.a.	.....	unter anderem
VZÄ	.....	Vollzeitäquivalent
WGF	.....	Wiener Gesundheitsfonds
Wr. KAG	.....	Wiener Krankenanstaltengesetz
WSK	.....	Wiener Städtische Krankenhäuser
WStV	.....	Wiener Stadtverfassung
z.B.	.....	zum Beispiel
z.T.	.....	zum Teil

GLOSSAR

Ambulanzfrequenz

Anzahl der Patientinnen- bzw. Patientenkontakte in den Ambulanzen.

Aneurysma

Krankhafte Aussackung eines Blutgefäßes, wobei in der Regel eine Arterie betroffen ist.

Arthroskopie („Gelenkspiegelung“)

Eine spezielle, minimal invasive endoskopische Untersuchung von Gelenken.

Bilaterale Katarakt-Operation

Bei der bilateralen Katarakt-Operation werden die Linsen beider Augen gleichzeitig operiert.

Colorectale Operation

Es handelt sich hierbei um eine Operation am Dickdarm im Allgemeinen und am Enddarm im speziellen. Diese Operation wird u.a. bei der Erkrankung von Dickdarmkrebs angewendet.

Cholecystektomien

Ist die chirurgische Entfernung der Gallenblase.

Elektive Operation

Ein planbarer chirurgischer Wahleingriff, der nicht zwingend oder dringlich, sondern aufschiebbar ist. Es besteht lediglich eine relative OP-Indikation, da therapeutische Alternativen möglich sind. Der Zeitpunkt kann von den Patientinnen bzw. Patienten bestimmt werden.

Endoprothesen

Implantate als dauerhaft im Körper verbleibende Gelenkersätze (z.B. Hüfte oder Knie).

Endoskopie

Bei einer Endoskopie wird eine Körperhöhle (z.B. Bauchraum, Kniegelenk) oder ein Hohlorgan (z.B. Darm, Lunge) mithilfe eines Endoskops von innen untersucht.

Extramuraler Bereich

Niedergelassener, ambulanter Versorgungsbereich außerhalb von bettenführenden Krankenanstalten wie etwa selbstständige Ambulatorien und Einzel- oder Gruppenpraxen und von Ärztinnen bzw. Ärzten sowie zur freiberuflichen Tätigkeit berechtigten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe.

Hämodialyse

Verfahren zur Blutwäsche für Patientinnen bzw. Patienten mit einer Nierenschwäche. Ein Gerät mit einer Membran filtert und reinigt das Blut außerhalb des Körpers.

Hernien

Austritt von Eingeweiden aus der Bauchhöhle durch eine angeborene oder erworbene Lücke in den tragenden Bauchwandschichten.

Hüft-Totalendoprothese

Dauerhaftes Implantat zum vollständigen Ersatz des Hüftgelenkes.

Intensivbett

Intensivbetten sind Betten, die zur intensivmedizinischen Behandlung in der Einrichtung aufgestellt sind. Die Intensivbetten verfügen über zahlreiche Anschlussmöglichkeiten für medizinische Geräte wie etwa Beatmungsmaschinen, Elektrokardiografen oder Dialysegeräte.

Intermediate Care Bett

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

Intramuraler Bereich

Stationäre und spitalsambulante Versorgung in bettenführenden Krankenanstalten.

Invasive diagnostische Maßnahmen

Diagnostische und therapeutische Verfahren, bei denen ein Eingriff in den Körper - wie beispielsweise bei Endoskopien (z.B. Magen- oder Darmspiegelung) oder Herzkatheter-Untersuchungen - erforderlich ist.

Karpaltunnelsyndrom

Engpasssyndrom (Nervenkompressionssyndrom) des Nervus medianus im Bereich der Handwurzel.

Katarakt

Augenerkrankung, bei der sich die sonst klare Linse zunehmend trübt, sodass das Sehvermögen stetig abnimmt.

Knie-Totalendoprothese

Vollständiger Ersatz des Kniegelenkes durch ein dauerhaftes Implantat.

LDF-Punkte

Verrechnungsgröße im Rahmen des LKF-Modells. Der Punktwert wird jährlich vom Landesgesundheitsfonds festgelegt.

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Basierend auf dem Grundgedanken, dass die Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten in jeder Krankenanstalt grundsätzlich denselben Ressourcenaufwand verursacht, legt das LKF-System österreichweit einheitliche, leistungsorientierte Pauschalen (LDF-Pauschale) fest. Stationäre Spitalsleistungen werden auf Basis von Fallpauschalen, die aus einer Leistungs- und aus einer Tageskomponente bestehen, abgegolten. Die Leistungskomponente deckt die kalkulierten Kosten für bestimmte, im LKF-Katalog gelistete Behandlungen ab. Die Tageskomponente deckt die Kosten, die

für die Basisversorgung der Patientinnen bzw. Patienten anfällt (z.B. Medikamente, ärztliche und pflegerische Betreuung).

LKF-Katalog

Enthält die LDF-Pauschalen und spezielle Regelungen für die Bepunktung von Sonderbereichen, wie etwa Intensivbehandlungseinheiten, und wird jährlich vom BMASGK veröffentlicht.

LKF-Modell

Modell zur bundesweiten einheitlichen Bepunktung von stationären Krankenhausaufenthalten.

MRT

Bildgebendes Verfahren im Rahmen der medizinischen Diagnostik zur Darstellung von Struktur und Funktion der Gewebe und Organe im Körper.

MEL

Operative oder nicht-operative Leistung aus einem Katalog mit Leistungspositionen.

MEL-Gruppe

Medizinische Einzelleistungen sind zu medizinisch zusammengehörenden Gruppen zusammengefasst (z.B. MEL14.08 - Totalendoprothetik des Hüftgelenkes).

Neurochirurgische Eingriffe

Operative Behandlung von Erkrankungen oder Schädigungen des zentralen Nervensystems (Gehirn und Rückenmark) und des peripheren Nervensystems (Nervensystem außerhalb des zentralen Nervensystems).

Perioperativ

Im zeitlichen Umfeld eines chirurgischen Eingriffes (Operation).

Refraktive Chirurgie

Bezeichnet alle Augenoperationen, welche die Brechkraft des Auges verändert.

Scoringsystem

Dient der Klassifizierung von Krankheitsbildern oder Verletzungsmustern. Die diversen Scoringsysteme werden in der Medizin eingesetzt, um Diagnosen zu stellen und den Patientinnen- bzw. Patientenzustand in einheitlicher Nomenklatur beschreiben zu können.

Stentgraft

Ein Stentgraft ist die Kombination aus einem stabilisierten Drahtgeflecht und einem künstlichen Blutgefäß aus Kunststoff.

Systemisierte Betten

Anhand sanitätsbehördlicher Bewilligung (Bescheid) festgelegte Bettenanzahl in Krankenanstalten, die im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit bzw. Landeskrankenanstaltenplan als Planbetten (Sollstand) ausgewiesen werden.

Tatsächliche Betten

Im Jahresdurchschnitt (oder mindestens 6 Monate) in Krankenanstalten verfügbare Betten, unabhängig davon, ob sie belegt waren oder nicht. Sogenannte Funktionsbetten, wie z.B. zur Dialyse oder im Aufwachraum zählen nicht zu den tatsächlich aufgestellten Betten.

Totale Thyreoidektomie

Im Rahmen einer totalen Thyreoidektomie wird das Schilddrüsengewebe vollständig entfernt.

Varizen

Pathologisch vergrößerte, verlängerte und gekrümmte subkutane Venen (Krampfadern).

Die Unternehmung gemäß § 71 WStV „Wiener Krankenanstaltenverbund“ wurde im Juni 2020 in „Wiener Gesundheitsverbund“ umbenannt.

PRÜFUNGSERGEBNIS

1. Prüfungsgrundlagen des Stadtrechnungshofes Wien

1.1 Prüfungsgegenstand

Mitglieder des NEOS-Klubs der Bundeshauptstadt Wien stellten gemäß § 73e Abs. 1 WStV ein Prüfungsersuchen betreffend die „Wartezeiten auf Untersuchungstermine, Diagnostik, Therapien und Operationen in Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes“ an den Stadtrechnungshof Wien, in welchem einleitend Folgendes ausgeführt wurde:

„Lange Wartezeiten auf Untersuchungstermine, Diagnostik, Therapien und Operationen gehören mittlerweile zum Alltag vieler Wienerinnen und Wiener. Neben der schwindenden Zahl an Vertragsärzten spielt auch das reduzierte medizinische Angebot des Wiener Krankenanstaltenverbunds (KAV) eine wesentliche Rolle dabei. Dieses ist ein Resultat von verschiedenen Faktoren: Sparzwänge beim Personal, Bau- und Planungsversagen bei Großprojekten sowie geringere Leistungsfähigkeit durch das Ärztarbeitszeitgesetz. Immer öfter ist von Patient_innen, Angestellten und anderen Insidern von katastrophalen Zuständen zu hören. Wartezeiten von mehreren Monaten bis über ein Jahr hinaus sind keine Seltenheit, Betroffene leiden dadurch zum Teil unter gravierenden Kurz- und Langzeitfolgen. Von Seiten des KAV wird meist recht knapp auf akut vorgezogene Notfälle verwiesen. Demgegenüber stehen Berichte von Betroffenen, die über Geräte-, Personal- und Bettenmangel in den verschiedenen Einrichtungen erzählen. Eine Lösung dieser Problematik zeichnet sich nicht ab, vielfach müssen Patient_innen monatelang, teils mit Schmerzen, ausharren oder aber auf private Angebote zurückgreifen und dafür trotz Krankenversicherung tief in die Tasche greifen. Schnelle medizinische Hilfe nur für jene, die extra bezahlen, ist in einem solidarischen Gesundheitssystem wie Österreich ein inakzeptabler Zustand.

Der Wiener Stadtrechnungshof hat in der Vergangenheit bereits auf diese Thematik aufmerksam gemacht. Im Jänner 2017 lag ein Bericht zur Strahlentherapie vor. Nach den

Erkenntnissen der Prüfung kam es 2015 bei knapp zwei Drittel aller Patient_innen zu kritischen Wartezeiten, die zu Beeinträchtigungen bei Therapieerfolgen, Verschlechterungen von Heilungschancen, psychischen Belastungen und dementsprechenden Folgekosten führen konnten. Hauptursache dafür war die zu geringe Anzahl von Linearbeschleunigern (11 statt der notwendigen 13 - 18 Geräte). Nur in rund 38 Prozent der Fälle lag der erste Bestrahlungstermin innerhalb des Sollzeitraums.

Allgemein ist festzustellen, dass der Wiener Krankenanstaltenverbund bezüglich Wartezeiten keinerlei Bewusstsein für eine transparente und offene Kommunikation an den Tag legt. Auf der Homepage des KAV finden sich Wartezeiten zu vier ausgewählten Operationen, die alle paar Monate aktualisiert werden (02.09.2019 Stand Juli 2019, siehe Grafik). Wie es zu den Wartezeiträumen kommt wird ebenso wenig erklärt, wie die beschränkte Auswahl der Operationsarten. Patient_innen, die nicht auf eine der vier gelisteten Operationen warten, sind ratlos. Mangels einer zentralen Anlaufstelle, die alle notwendigen Informationen vermitteln könnte, müssen Patienten eine KAV Einrichtung nach der anderen einzeln kontaktieren, um die individuelle Wartezeit zu ermitteln. Auch Patient_innen, die bereits auf Wartelisten stehen, bekommen keine detaillierten und aktualisierten Informationen.

Die Mitglieder des Wiener Gemeinderates werden ebenfalls nicht adäquat informiert. Zwar listet der Jahresbericht bzw. Quartalsbericht des KAV eine etwas transparentere Auswertung der vier Operationen mit Vorjahresvergleich und Trendentwicklung auf. Anhand eines Beispiels kann allerdings gut aufgezeigt werden, wie wenig aussagekräftig diese Werte sind. Im 4. Quartalsbericht 2018 stieg die Wartezeit bei Bandscheibenoperation von 58 Tagen auf 103 Tage, also ein Plus von 78 %. Diese Entwicklung wurde mit deutlich mehr Akuteingriffen und sanierungsbedingter Reduktion der OP-Ressourcen in der Rudolfstiftung begründet. Laut Anmerkung im Bericht sind die Wartezeiten im Jänner 2019 wieder um 54 % gesunken. Ein Blick auf die Homepage des KAV genügt, um das Gegenteil festzustellen. Stand Juli 2019 liegen die Wartezeiten zwischen 67 Tagen im AKH bis 173 Tagen in der Rudolfstiftung. Der KAV kommentiert diesen Umstand wie gewohnt nur knapp und wenig transparent.

Stand: Juli 2019

Planbare Operationen	Haus	Pat. Warteliste gesamt	davon Sonderklassepat.	Durchschnittliche Wartezeit zum Stichtag in Tagen
Bandscheiben-Operation (Neurochirurgie)	Allgemeines Krankenhaus Wien	18	0	67
	Donauspital	29	0	115
	Krankenanstalt Rudolfstiftung	67	0	173

Die Vielzahl an Patient_innenberichten, konkreten Fallbeispielen und wenig stichhaltigen Informationen des Wiener Krankenanstaltenverbunds weisen hier auf einen klaren Missstand hin. Weder ist nachvollziehbar, was genau die Ursachen für die langen Wartezeiten sind, noch gibt es für den Gemeinderat erkennbare Maßnahmen, um dieses Problem in den Griff zu bekommen. Das Vorgehen der Zuständigen in der Wiener Stadtregierung und im KAV erinnert an die Situation mit den Gangbetten. Jahrelang wurden Bürgerinnen und Bürger sowie die Mitglieder des Gemeinderates hingehalten und mit Ankündigungen vertröstet. Erst eine umfassende Prüfung des Wiener Stadtrechnungshofes brachte Transparenz und zeigte die jahrelangen Versäumnisse der Verantwortlichen auf.“

Entsprechend dem Prüfungsersuchen sollten, *„die Ordnungsmäßigkeit und Zweckmäßigkeit der Organisation von Untersuchungsterminen, Diagnostik, Therapien und Operationen und der dadurch verursachten Wartezeiten in Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes“* geprüft werden.

Insbesondere sollten folgende Fragen geklärt werden:

„Themenbereich 1: Wartezeiten auf Operationen

- *Wie haben sich die Wartezeiten für Operationen in den letzten Jahren entwickelt? u.a. Bandscheiben, Katarakt, Hüft-Totalendoprothese, Knie-Totalendoprothese, Aneurysmen, Arthroskopie, Varizen, Hernien, Schilddrüsen, Neurochirurgische Eingriffe,*
- *Was sind die Ursachen für lange Wartezeiten auf Operationen?*
- *Wie hoch ist die Auslastung von Operationssälen in Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes?*

- *Nach welchen Kriterien werden Patientinnen bzw. Patienten auf Wartelisten gereiht?*
- *Wie agiert der KAV im Fall von Zustandsverschlechterungen bzw. andauernden starken Beschwerden von Personen auf Wartelisten?*
- *Inwieweit werden belastende Kurz- und Langzeitfolgen von Patientinnen bzw. Patienten bewertet bzw. welche Begleitmaßnahmen werden vom KAV gesetzt?*
- *Welche Maßnahmen werden innerhalb des KAV gesetzt, um Wartezeiten auf Operationen zu reduzieren?*

Themenbereich 2: Wartezeiten auf Diagnostik und Therapien

- *Wie haben sich die Wartezeiten für Diagnostik und Therapien bei Großgeräten in den letzten Jahren entwickelt? CT, MR, ECT-CT, COR, STR, PET-CT, PET-MR, etc.*
- *Wie haben sich die Wartezeiten für andere Therapien in den letzten Jahren entwickelt? u.a. Dialyse, Stoßwellentherapie, Frühschwangerschaftsdiagnostik, Schmerztherapie*
- *Was sind die Ursachen für lange Wartezeiten auf Diagnostik und Therapien?*
- *Nach welchen Kriterien werden Patientinnen bzw. Patienten auf Wartelisten gereiht?*
- *Wie agiert der KAV im Falle von Zustandsverschlechterungen bzw. andauernden starken Beschwerden von Personen auf Wartelisten?*
- *Inwieweit werden belastende Kurz- und Langzeitfolgen von Patientinnen bzw. Patienten bewertet bzw. welche Begleitmaßnahmen werden vom KAV gesetzt?*
- *Welche Maßnahmen werden innerhalb des KAV gesetzt, um Wartezeiten auf Diagnostik und Therapien zu reduzieren?*

Themenbereich 3: Wartezeiten auf Untersuchungstermine

- *Wie haben sich die Wartezeiten auf Untersuchungstermine bei nicht akuten Fällen in Spitalsambulanzen in den letzten Jahren entwickelt?*
- *Was sind die Ursachen für lange Wartezeiten auf Untersuchungstermine in Spitalsambulanzen?*
- *Nach welchen Kriterien werden Patientinnen bzw. Patienten auf Wartelisten gereiht?*
- *Wie agiert der KAV im Falle von Zustandsverschlechterungen bzw. andauernden starken Beschwerden von Personen auf Wartelisten?*
- *Inwieweit werden belastende Kurz- und Langzeitfolgen von Patientinnen bzw. Patienten bewertet bzw. welche Begleitmaßnahmen werden vom KAV gesetzt?*

- Welche Maßnahmen werden innerhalb des KAV gesetzt, um Wartezeiten auf Untersuchungstermine in Spitalsambulanzen zu reduzieren?

Übergreifende Fragen

- In welcher Form werden Wartezeiten innerhalb des Wiener Krankenanstaltenverbundes systematisch erfasst?
- Für welche Wartezeiten auf Untersuchungen, Diagnostik, Therapien und Operationen gibt es systematische Erfassungen?
- Aus welchen Gründen werden Wartezeiten auf Untersuchungen, Diagnostik, Therapien und Operationen nicht erfasst?
- Werden im KAV die Ursachen für Wartezeiten (z.B. Unterversorgung, Personalmangel, Bettenmangel, etc.) erhoben und untersucht?
- Wenn ja, mit welchen Ergebnissen?
- Wie hat sich die Novelle des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes aus dem Jahr 2015 auf die Wartezeiten ausgewirkt?
- Welche Maßnahmen hat die Führung des KAV gesetzt, um auf die Ressourcenveränderungen durch das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes von 2015 zu reagieren?
- Gibt es innerhalb des KAV eine zentrale Stelle, die für Erhebung, Monitoring und Reporting zuständig ist?
- Welche Maßnahmen wurden von der KAV-Führung in den letzten Jahren in Bezug auf Wartezeiten gesetzt?
- Welche internen Leitlinien und Strategien zur Reduktion von Wartezeiten gibt es im KAV?
- Welches sind die wirtschaftlichen Auswirkungen der derzeitigen Organisation von Untersuchungsterminen, Diagnostik, Therapien und Operationen und der dadurch verursachten Wartezeiten auf den KAV?
- Trägt der KAV mit der derzeitigen Organisation von Untersuchungsterminen, Diagnostik, Therapien und Operationen zu den sich auf die Gesundheit von Menschen beziehenden behördlichen Aufgaben ausreichend bei?"

Aufgrund des Umfanges der in dem gegenständlichen Prüfungsersuchen angesprochenen Fragestellungen erfolgte die Behandlung des Themenkreises „Übergreifende

Fragen“ sowie des Themenbereiches 2 in einem eigenen Berichtsteil, der voraussichtlich im Herbst 2022 veröffentlicht wird.

Im vorliegenden Bericht erfolgte die Beantwortung der Fragen zum Themenbereich 1 des Prüfungsersuchens in den Punkten 4.7, 5.11 und 6.8. Die abschließende Behandlung der Fragen zum Themenbereich 3 nahm der Stadtrechnungshof Wien im Punkt 7.6 vor.

Die Prüfung wurde von der Abteilung Gesundheit und Soziales des Stadtrechnungshofes Wien durchgeführt.

1.2 Prüfungszeitraum

Die gegenständliche Prüfung erfolgte im 4. Quartal des Jahres 2020 sowie im 1. Halbjahr 2021. Das Eröffnungsgespräch mit der geprüften Stelle fand in der 1. Oktoberwoche 2020 statt. Die Schlussbesprechung wurde in der 3. Septemberwoche 2021 durchgeführt. Der Betrachtungszeitraum umfasste grundsätzlich die Jahre 2017 bis 2019, wobei gegebenenfalls auch spätere Entwicklungen in die Einschau einbezogen wurden.

1.3 Prüfungshandlungen

Die Prüfungshandlungen umfassten die Einschau in Dokumente sowie elektronische Systeme, Internetrecherchen, Berechnungen, Erhebungen mittels Fragebögen sowie Gespräche mit einer Reihe von Mitarbeitenden des Gesundheitsverbundes. Fragebögen wurden den Abteilungen für Augenheilkunde, den orthopädischen bzw. traumatologischen Abteilungen, den chirurgischen Abteilungen, 2 Abteilungen für Gefäßchirurgie und einer Abteilung für Herz- und Gefäßchirurgie sowie den Abteilungen für Plastische Chirurgie übermittelt. Anhand der Fragebögen erhob der Stadtrechnungshof Wien u.a. die Wartezeiten auf OP-Termine sowie Ambulanztermine sowie die diesbezüglichen Reihungskriterien. Zusätzliche Erhebungen erfolgten zu der Auslastung der OP-Säle. Ergänzende Gespräche wurden u.a. mit Ärztlichen Direktorinnen bzw. Ärztlichen Direktoren von Krankenanstalten, Vorständinnen bzw. Vorständen von

Universitätskliniken, medizinischen Abteilungen und sogenannten OP-Managern geführt. Als weitere Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner fungierten Mitarbeitende mehrerer Organisationseinheiten in der Generaldirektion des Gesundheitsverbandes wie etwa die Vorstandsressorts „*Klinische Betriebssteuerung*“, „*Personalmanagement*“ sowie „*Finanzmanagement und Unternehmenscontrolling*“.

Die COVID-19-Pandemie - insbesondere die mehrmaligen Lockdowns - stellten den Stadtrechnungshof Wien aber auch die geprüften Stellen vor große Herausforderungen, die sich in einem zeitlichen Mehrbedarf in der Durchführung der Prüfung, insbesondere während der Erhebungsphase, niederschlugen. Auch die Mitarbeitenden der geprüften Stelle wiesen mehrmalig auf deren zusätzliche Mehrbeanspruchung durch die Prüfung während der Pandemie hin.

1.4 Prüfungsbefugnis

Die Prüfungsbefugnis für diese Gebarungsprüfung ist in § 73b Abs. 1 WStV festgeschrieben.

1.5 Vorberichte

Der Stadtrechnungshof Wien behandelte das gegenständliche Thema teilweise bereits in seinen Berichten:

- „Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund, Prüfung der Wartezeiten von Patientinnen bzw. Patienten auf eine strahlentherapeutische Behandlung, StRH II - KAV-5/15“ sowie
- „Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund, Prüfung der Verweildauer bei Hüft- und Knieoperationen, StRH II - 31/16“.

In den Berichten

- des Rechnungshofes:

- Leistungserbringung ausgewählter Krankenanstalten im Land Steiermark,
- Orthopädien in ausgewählten Wiener Spitälern,

- Wartezeiten auf ausgewählte Therapien und Eingriffe in Krankenanstalten,
- Geburtshilfe-Versorgung in Niederösterreich und Wien,

- des Landesrechnungshofes Burgenland:
 - Allgemeine Krankenanstalten im Burgenland,
 - Überprüfung der Gebarung des Krankenhauses Güssing,

- des Landesrechnungshofes Steiermark:
 - LKH Bruck an der Mur,
 - Onkologische Versorgung in der Steiermark sowie

- des Landesrechnungshofes Oberösterreich:
 - Umsetzung des Wartelistenregimes gem. OÖ KAG 1997

wurde ebenfalls das Thema der Wartezeiten - schwerpunktmäßig oder als Teilaspekt - abgehandelt.

2. Organisationsvorschriften und Kenndaten der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund

Das vom Wiener Gemeinderat mittels Verordnung erlassene Statut für den Gesundheitsverbund regelte den Zweck und Umfang dieser Einrichtung. Der Zweck des Gesundheitsverbundes bestand in der medizinischen und pflegerischen sowie psychosozialen Betreuung kranker und pflegebedürftiger Menschen. Gemäß dem Statut umfasste der Gesundheitsverbund die Wiener Städtischen Krankenhäuser, das Allgemeine Krankenhaus, die Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung sowie sonstige Einrichtungen, die der Führung der Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen dienten.

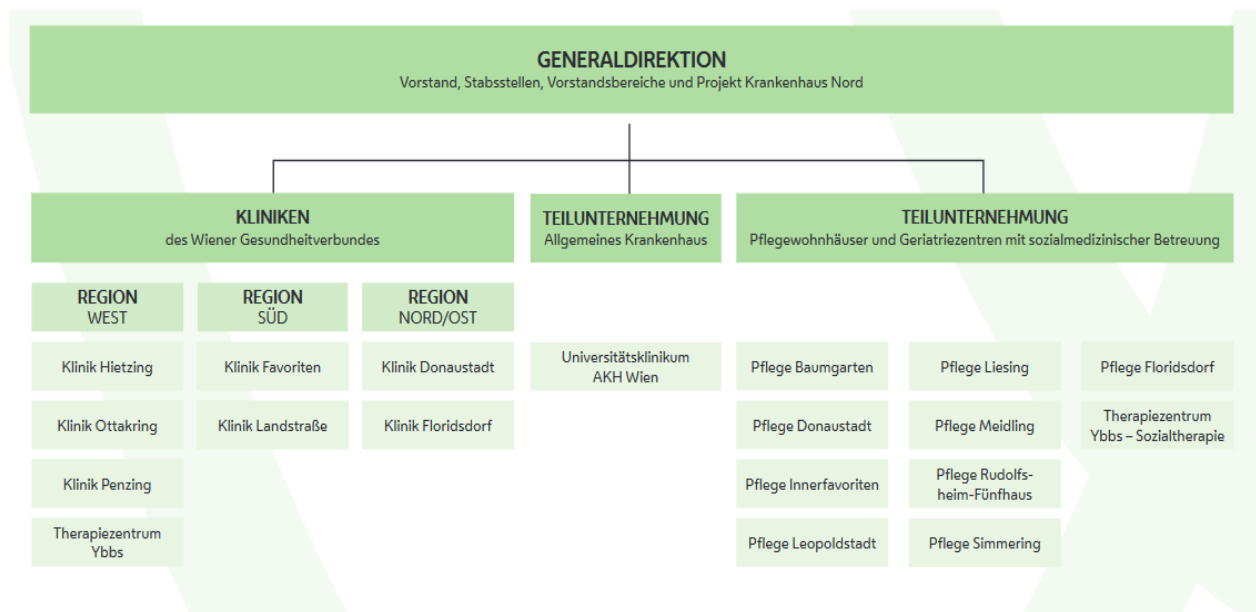
Als Organe des Gesundheitsverbundes sah das Statut den Gemeinderat, den Stadt- senat, den zuständigen Gemeinderatsausschuss, die Bürgermeisterin bzw. den Bürger- meister, die zuständige Stadträtin bzw. den zuständigen Stadtrat, die Magistrats- direktorin bzw. den Magistratsdirektor sowie die Generaldirektorin bzw. den General- direktor und die Direktorinnen bzw. Direktoren der Geschäftsbereiche und Teilunter- nehmungen vor. Die für die Unternehmung zuständige Stadträtin bzw. der zuständige Stadtrat konnte sich zur Unterstützung bei der Überwachung der Geschäfts- und Be- triebsführung sowie bei der Steuerung der Unternehmung eines Aufsichtsgremiums bedienen.

Die Geschäftsordnung des Gesundheitsverbundes legte die Grundsätze und Struktu- ren der Geschäfts- und Betriebsführung der Organe, Gremien und Organisationsein- heiten fest. Hinsichtlich der Aufgaben der Unternehmung führte die Geschäftsord- nung aus, dass der Gesundheitsverbund Dienstleistungen von allgemeinem wirt- schaftlichen Interesse erbringt. Im Kerngeschäft handelte es sich um medizinische Be- handlungen, Pflege und Therapie sowie geriatrische Versorgung.

Die Aufgaben, Zuständigkeiten sowie Verantwortung der einzelnen Organisationsein- heiten des Gesundheitsverbundes waren in der Geschäftseinteilung geregelt. Die ein- zeln Organisationseinheiten bildeten ihre detaillierten Aufgabenbeschreibungen in Organisationshandbüchern ab.

Zum Zeitpunkt der Einschau stellte sich das Organigramm des Gesundheitsverbundes wie folgt dar:

Abbildung 1: Organigramm der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund Jänner 2021



Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: Stadtrechnungshof Wien

Die lt. Statut als Wiener Städtische Krankenhäuser bezeichneten „Kliniken des Wiener Gesundheitsverbundes“ waren insgesamt 3 Regionen zugeordnet, für welche jeweils ein Regionalmanagement geplant war. Diese waren zum Zeitpunkt der Einschau des Stadtrechnungshofes Wien noch nicht eingerichtet. Zur Teilunternehmung Pflegewohnhäuser und Geriatriezentren mit sozialmedizinischer Betreuung war festzuhalten, dass die dortigen Pflegewohnhäuser im Betrachtungszeitraum zwar als Krankenanstalten geführt wurden, ungeachtet dessen jedoch nicht berichtsgegenständlich waren.

Die wesentlichen Kenndaten des Gesundheitsverbundes entwickelten sich wie folgt:

Tabelle 1: Ausgewählte Kenndaten der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund

	2017	2018	2019
Erträge (in EUR)	3.714.424.000	3.902.030.000	4.116.001.000
hievon Umsatzerlöse (in EUR)	2.717.903.000	2.850.239.000	3.045.531.000
davon WGF-Leistungserlöse (in EUR)	1.677.517.000	1.731.915.000	1.784.722.000
sowie Betriebskostensätze (in EUR)	620.262.000	691.948.000	823.333.000
Jahresüberschuss bzw. Jahresfehlbetrag (in EUR)	18.958.000	30.471.000	-38.856.000
Durchschnittliche Zahl der Mitarbeitenden (in VZÄ)	26.767,0	26.481,8	26.623,8

	2017	2018	2019
Leistungsdaten der Wiener Städtischen Krankenhäuser sowie der Teilunternehmung Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus			
Krankenanstalten zum 31. Dezember	10	10	9
Tatsächliche Betten	7.156	6.870	6.993
Stationäre Patientinnen bzw. Patienten	400.959	291.634	288.065
Pflegetage	2.480.225	2.339.851	2.305.897
Belagstage	2.055.062	2.046.103	2.015.974
Ambulanzfrequenz	5.493.691	5.592.420	5.571.761
LDF-Punkte stationär und ambulant	1.674.224.568	1.728.325.623	1.747.741.657

Quelle: Daten des Gesundheitsverbundes, Darstellung: Stadtrechnungshof Wien

Die Leistungsabrechnung mit dem Wiener Gesundheitsfonds stellte mit einem Anteil von rd. 60 % die maßgeblichste Position der Umsatzerlöse des Gesundheitsverbundes dar. Eine weitere wesentliche Position bei den Umsatzerlösen machten die von der Stadt Wien geleisteten Betriebskostenersätze aus. Der deutliche Anstieg der Betriebskostenersätze im Jahr 2019 gegenüber dem Vorjahr war u.a. auf höhere Personalaufwendungen primär infolge der jährlichen Gehaltsanpassungen sowie höhere Aufwendungen für EDV-Leistungen zurückzuführen. Weitere größere Umsatzerlöse entfielen auf die vom Fonds Soziales Wien geleisteten Pflegeentgelte sowie auf die Abgeltung des klinischen Mehraufwandes für das Allgemeine Krankenhaus.

In den Betrachtungszeitraum fiel die Eröffnung der Schwerpunktkrankenanstalt Klinik Floridsdorf sowie die dadurch bedingten Schließungen des Orthopädischen Krankenhauses Gersthof, des ehemaligen Krankenhauses Floridsdorf sowie des dislozierten Standortes Semmelweis Frauenklinik der Klinik Landstraße. Ende des Jahres 2019 verfügte der Gesundheitsverbund somit neben der Zentralkrankenanstalt Allgemeines Krankenhaus über die Wiener Städtischen Krankenhäuser mit 6 Schwerpunktkrankenanstalten sowie 2 Sonderkrankenanstalten (Klinik Penzing und Therapiezentrum Ybbs).

Die tatsächlichen Betten sowie die Belagstage entwickelten sich in den betrachteten Jahren um rd. 2 % geringfügig rückläufig. Die Zahl der stationären Patientinnen bzw. Patienten sowie der Pflegetage verminderte sich infolge von Leistungsverlagerungen vom stationären bzw. tagesklinischen Bereich in den ambulanten Bereich merklich um

rd. 28 % sowie um rd. 7 %. Die vom Gesundheitsverbund erwirtschafteten LDF-Punkte stiegen um rd. 4 % an.

3. Rahmenbedingungen zu den prüfungsgegenständlichen Wartezeiten

3.1 Rechtliche Vorgaben

3.1.1 Vorweg war festzuhalten, dass im Regierungsprogramm 2008 bis 2013 der damaligen Bundesregierung eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems angeführt war. Unter dem Punkt Verbesserungen für Patientinnen bzw. Patienten sollte ein verbesserter Zugang zu Leistungen u.a. durch ein transparentes Wartezeitenmanagement bei Operationen geschaffen werden. Aus diesem Grund wurde das KAKuG im Jahr 2011 novelliert.

Demnach waren die nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten zu verpflichten, ein transparentes Wartelistenregime in pseudonymisierter Form - und unter Berücksichtigung des Datenschutzes - für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik einzurichten. Dies sollte zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie erfolgen, sofern die jeweilige Wartezeit 4 Wochen überschreitet. Die Landesgesetzgebung hatte entsprechende Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen.

3.1.2 Für das Land Wien wurden im Jahr 2012 entsprechende Regelungen in das Wr. KAG aufgenommen und näher ausgeführt.

Demnach hatten die Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten jene Prozesse, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Operation an einer Patientin bzw. einem Patienten stehen, beginnend mit der Planung und Terminvergabe der Operation zu regeln und schriftlich zu dokumentieren. Dabei war jeweils das Datum der Vereinbarung der Operation sowie der festgelegte OP-Termin zeitnah zu dokumentieren, wobei die Zeitspanne zwischen diesen beiden Daten als geplante

Wartezeit definiert wurde. Die Vergabe der OP-Termine hatte ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten und nach betriebsorganisatorischen Aspekten der jeweiligen Krankenanstalt zu erfolgen. Allfällige Wünsche von Patientinnen bzw. Patienten nach einem späteren Termin waren zu berücksichtigen und zu dokumentieren.

Die Vorgaben für die Terminplanung von Operationen waren sinngemäß auch auf invasive diagnostische Maßnahmen in den Sonderfächern Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie anzuwenden.

Darüber hinaus hatten die Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten die Gesamtanzahl der für eine elektive Operation oder eine invasive diagnostische Maßnahme in den o.a. „Sonderfächern vorgemerkten Personen und von diesen, die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen, zu dokumentieren“.

Vorgemerkte Personen waren auf ihr Verlangen über die gegebenen Wartezeiten zu informieren, wobei nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen war.

Die Erläuterungen zum Gesetzesentwurf führten dazu u.a. aus, dass öffentliche und private gemeinnützige Krankenanstalten ein - international übliches - OP-Statut festzulegen hatten, aus welchem alle Abläufe im Zusammenhang mit einer Operation transparent und nachvollziehbar waren. Dieses hatte jedenfalls als Elemente die Planung und Terminvergabe zu enthalten. Für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie war darüber hinaus eine Auskunftserteilung über die Anzahl der auf elektive Operationen bzw. invasive diagnostische Maßnahmen wartenden Personen vorgegeben. Auf die im Punkt 3.1.1 angeführte Möglichkeit einer Einschränkung des Wartelistenregimes hinsichtlich der Wartezeiten von unter 4 Wochen wurde verzichtet.

3.1.3 Weitere zentrale Grundlagen für die integrative regionale Versorgungsplanung und die Qualitätskriterien stellten u.a. die zwischen dem Bund und allen Bundesländern abgeschlossenen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation

und Finanzierung des Gesundheitswesens dar. Davon ausgehend wurde seit dem Jahr 2006 der ÖSG als Rahmenplan beschlossen. Dieser wurde in den letzten Jahren mehrmals aktualisiert. Zuletzt wurde ein solcher vom Bund, allen Bundesländern und der Sozialversicherung in der Bundes-Zielsteuerungskommission einvernehmlich - als ÖSG 2017 - beschlossen. Detailliertere Festlegungen der Versorgungsplanung hatten durch die Bundesländer im RSG zu erfolgen.

Die Inhalte des ÖSG und des RSG umfassten u.a. den ambulanten, den akutstationären und den tagesklinischen Bereich sowie den ambulanten und stationären Rehabilitationsbereich sowie Versorgungsbereiche, die außerhalb der genannten Bereiche lagen. Darunter fielen beispielsweise Wahlärztinnen bzw. Wahlärzte oder das Rettungs- und Krankentransportwesen. Außerdem sollte die integrative Versorgungsplanung patientinnen- bzw. patientenorientiert erfolgen sowie schrittweise die medizinische Versorgung von einer akutstationären zu einer tagesklinischen und ambulanten Leistungserbringung verfolgt werden.

Die Krankenanstaltenplanung des RSG Wien wurde mittels Verordnung der Wiener Landesregierung als Wiener Krankenanstaltenplan erlassen. Der zum Zeitpunkt der Einschau geltende Wiener Krankenanstaltenplan 2019 (vorher Wiener Krankenanstaltenplan 2013) umfasste die Kapazitätsplanung auf Ebene der Fondskrankenanstalten sowie den Großgeräteplan und erklärte die Qualitätskriterien des ÖSG für verbindlich.

3.1.4 Festzuhalten war vom Stadtrechnungshof Wien, dass weder der ÖSG noch der RSG Wien Vorgaben hinsichtlich Wartezeiten enthielten. Im Kapitel Planungsgrundlagen und Richtwerte im ÖSG 2017 war bei den Kriterien der Angebotsplanung lediglich von einer differenzierteren Beurteilung von Wartezeiten je nach Dringlichkeit des Leistungsbedarfes (akut, elektiv) inkl. Veränderung der Wartezeiten im zeitlichen Verlauf die Rede.

3.2 „Medizinischer Masterplan“

3.2.1 Im Jahr 2011 wurde vom Gemeinderat das Spitalskonzept 2030 beschlossen, mit welchem die Stadt Wien eine Gesundheitsstrategie für die nächsten 20 Jahre festlegte.

Schwerpunkt des Spitalskonzeptes 2030 war die Bündelung aller Leistungen im Gesundheitsverbund auf insgesamt 7 Standorte. In diesem Zusammenhang begann der Gesundheitsverbund Ende 2013 mit der Entwicklung „*Medizinischer Masterpläne*“ für die Wiener Städtischen Krankenhäuser und das Allgemeine Krankenhaus, die strategische Festlegungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung im Gesundheitsverbund beinhalteten und damit die Grundlage für künftige Investitionen bildeten.

Die medizinische Versorgung Wiens sollte demnach künftig in 3 Regionen organisiert werden. In jeder Region würde es 2 Partnerspitäler mit einem aufeinander abgestimmten Leistungsangebot geben, die einander ergänzen sollten. Das Allgemeine Krankenhaus sollte als Universitätskrankenanstalt in vollem Umfang und mit seinem damaligen Leistungsangebot bestehen bleiben.

Abbildung 2: „Medizinischer Masterplan“ Regionen und Partnerspitäler



Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: Stadtrechnungshof Wien

In den übergeordneten Zielvorstellungen waren neben der zukunftsorientierten Entwicklung der Standorte u.a. die Weiterentwicklung und nachhaltige Sicherstellung einer patientinnen- bzw. patientenzentrierten Versorgungsqualität, eine erweiterte Grundversorgung und eine Zentrale Notaufnahme an jedem Standort der Wiener Städtischen Krankenhäuser sowie abgestimmte interdisziplinäre und monodisziplinäre Zentren zwischen den Standorten geplant.

Neben dem „Medizinischen Masterplan“ wurde in einem 2. strategischen Programm die „Master-Betriebsorganisation“ für den klinischen Betrieb der Wiener Städtischen Krankenhäuser entwickelt. Darin wurden basierend auf dem Spitalskonzept 2030, dem Landeszielsteuerungsvertrag und dem „Medizinischen Masterplan“ verbindliche Rahmenvorgaben für die aufbau- und ablauforganisatorische Gestaltung des Gesundheitsverbundes erstellt.

Die übergeordneten Zielsetzungen der „*Master-Betriebsorganisation*“ betrafen beispielsweise die bestmögliche Patientinnen- bzw. Patientenversorgung bei möglichst wirtschaftlichem Ressourcenaufwand im Hinblick auf Investitions- und Folgekosten. Ein weiterer Ansatz betraf u.a. die Etablierung zentraler, multidisziplinär organisierter Funktionsbereiche wie etwa Zentral-OPs. Alle OP-Säle einer Krankenanstalt sollten an einem zentralen Ort zusammengefasst werden, was die Versorgungs- bzw. Entsorgungslogistik und den technischen Betrieb erleichtern sollte. Für Zentral-OPs war gemäß „*Master-Betriebsorganisation*“ als Betriebszeit grundsätzlich werktags die Zeit von 8.00 Uhr bis 19.00 Uhr vorzusehen.

Dazu war anzumerken, dass bereits vor Erstellung des „*Medizinischen Masterplans*“ und der „*Master-Betriebsorganisation*“ einige Kliniken über Zentral-OPs verfügten. Die strategischen Pläne aus dem Jahr 2016 sollten die künftigen klinischen Funktionsbereiche für die Zentral-OPs darstellen. Die Umsetzung der geplanten Strukturen und Anpassungen sollte im Rahmen eines - über mehrere Jahre dauernden - Transformationsprozesses erfolgen.

Unter dem Überbegriff „*Terminreue und beschleunigte Abläufe*“ war in der „*Master-Betriebsorganisation*“ u.a. die „*Optimierung bzw. Verkürzung von Wartezeiten*“ angeführt. Bei den Fachambulanzen bzw. Spezialambulanzen waren etwa Terminambulanzen mit klar definierten Öffnungszeiten vorgesehen. Dadurch sollte es zu kurzen Wartezeiten bei der Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten kommen, die einer fachärztlichen Versorgung mit spezifischen Problemstellungen bedurften, welche im extramuralen Bereich nicht gelöst werden konnten.

3.2.2 Zur Thematik Wartezeiten und dessen Definition entsprechend dem „*Medizinischen Masterplan*“ für die Wiener Städtischen Krankenhäuser und der „*Master-Betriebsorganisation*“ ersuchte der Stadtrechnungshof Wien den Gesundheitsverbund um vertiefende Erläuterungen.

Laut Gesundheitsverbund würde sich die Verkürzung der Wartezeiten insbesondere auf den intramuralen Versorgungsprozess von akut erkrankten Personen, welche in

einer Zentralen Notaufnahme behandelt werden müssen, beziehen. Diesbezüglich wären kürzere Wartezeiten durch die Etablierung bettenführender Abteilungen für Notfallmedizin zu erwarten.

Auch die in der „*Master-Betriebsorganisation*“ angeführten Punkte wären als allgemeine Prämisse anzusehen. Mit der „*Optimierung bzw. Verkürzung von Wartezeiten*“ wären konkret die Abläufe während des Aufenthaltes der Patientin bzw. des Patienten in den Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes gemeint. Darunter waren z.B. optimierte Aufnahme- und Entlassungsvorgänge, ein rascher Patientinnen- bzw. Patientendurchlauf sowie eine zeitnahe Verfügbarkeit von Befunden zu verstehen. Wartezeiten im Zusammenhang mit dem Zugang zu Behandlungen wie z.B. die Vorlaufzeiten von Terminvereinbarungen bis zu den tatsächlichen OP-Terminen wären davon nicht umfasst.

3.2.3 Parallel mit der Erstellung des „*Medizinischen Masterplans*“ der Wiener Städtischen Krankenhäuser wurde auch für das Allgemeine Krankenhaus ein „*Medizinischer Masterplan*“ erstellt. Als Ziele waren u.a. die Abstimmung der Masterpläne zwischen den Wiener Städtischen Krankenhäusern und dem Allgemeinen Krankenhaus genannt. Neben einer erweiterten Grundversorgung, Interdisziplinären Zentren und Fachzentren in den Wiener Städtischen Krankenhäusern sollte weiterhin eine universitäre Zentralversorgung im Allgemeinen Krankenhaus bestehen. Diesbezüglich sollte auch eine detaillierte Ausdifferenzierung und Abstimmung von Leistungsportfolios pro Fach bzw. pro Zentrum vorgenommen werden. Zielsetzungen waren mögliche Leistungsverlagerungen zwischen dem Allgemeinen Krankenhaus und den Wiener Städtischen Krankenhäusern sowie umgekehrt.

Im Jahr 2019 wurde eine Evaluierung des „*Medizinischen Masterplans*“ des Allgemeinen Krankenhauses vorgenommen. In diesem Zusammenhang erfolgte auch die Erstellung eines Monitoringberichtes und eines Berichtes zur Optimierung der Personalbedarfsplanung und des Personaleinsatzes am Allgemeinen Krankenhaus. Wie einer

weiteren Unterlage u.a. zu entnehmen war, würde „mit den vorhandenen Personalresourcen weder die Umsetzung des Medizinischen Masterplans 2020 noch der vereinbarte Umfang an Forschung und Lehre möglich“ sein.

4. Planung und Vergabe von OP-Terminen

4.1 Interne Vorgaben

4.1.1 Im Jahr 2009 legte der damalige Generaldirektor des Gesundheitsverbundes fest, dass ein neues elektronisches OP-Anmeldesystem in den Wiener Städtischen Krankenhäusern zum Tragen kommen sollte. Dieses elektronische OP-Planungstool war verpflichtend zu implementieren und zur Dokumentation der Anmeldezeiten zu verwenden.

Im Jahr 2010 erließ die Generaldirektion für die Wiener Städtischen Krankenhäuser ein OP-Rahmenstatut. Dieses stellte ein verbindliches Grundgerüst für das von jeder Krankenanstalt zu erstellende anstaltsspezifische OP-Statut dar und regelte die Prozesse, die im Zusammenhang mit den operativen Eingriffen bei Patientinnen bzw. Patienten stehen. Entsprechend dem OP-Rahmenstatut sollte die OP-Planung ausschließlich EDV-unterstützt erfolgen. Parallelsysteme waren nicht zulässig. Im November 2019 erfolgte eine erste umfassende Überarbeitung und danach in den Jahren 2020 und 2021 weitere geringfügige Änderungen des Rahmenstatuts.

Als Ziele im OP-Rahmenstatut waren u.a. festgelegt, dass Patientinnen bzw. Patienten zum vereinbarten Zeitpunkt operiert werden sowie operative Eingriffe durch lückenlose Dokumentation transparent und nachvollziehbar sind. Im OP-Rahmenstatut waren weiters Dringlichkeitsstufen für Operationen wie z.B. „akuter Fall“ oder „planbarer Fall“ festgelegt. OP-Termine waren unmittelbar nach der 1. Terminvereinbarung in das elektronische Planungssystem einzutragen.

Ab Juni 2020 war es zulässig, Eingriffe - wie z.B. Endoskopie - in den dafür vorgesehenen Eingriffsräumen ebenso mit diesem EDV-System zu planen, sofern eine Beteili-

gung der Anästhesie vorgesehen war. Ebenso durften seither Patientinnen bzw. Patienten, für die nicht sofort ein OP-Termin festgelegt werden konnte, auf separaten Listen geführt werden.

Auf Nachfrage des Stadtrechnungshofes Wien führte die Generaldirektion dazu näher aus, dass sich eine „Warteliste“ im OP-Planungstool in technischer Umsetzung befände. Diese Liste sei zur Vorbereitung von Terminbesprechungen vorgesehen, bei welchen die zu operierenden Patientinnen bzw. Patienten Operateurinnen bzw. Operateuren nach deren jeweiliger Spezialisierung zugeteilt und dementsprechend terminisiert werden. Dies erschien dem Stadtrechnungshof Wien insofern bemerkenswert, da eine derartige „Warteliste“ im OP-Planungstool bereits vorgesehen war.

4.1.2 Auch das Allgemeine Krankenhaus verfügte seit dem Jahr 2010 über ein OP-Statut, wobei wesentliche Inhalte des OP-Rahmenstatuts der Generaldirektion darin eingearbeitet waren. Das OP-Statut im Allgemeinen Krankenhaus galt für den gesamten OP-Bereich und alle interventionellen Bereiche, die anästhesiologische, chirurgische oder pflegerische Ressourcen benötigten.

4.2 Implementierung der Planungssysteme

4.2.1 Dem Roll-Out Plan zum OP-Planungstool für die Wiener Städtischen Krankenhäuser war zu entnehmen, dass dieses in der Mehrzahl der operativen Fächer bis Ende des Jahres 2010 verfügbar war. Demgegenüber konnte in einer Krankenanstalt erst ab dem Jahr 2016 mit der Speicherung und Dokumentation von OP-Daten begonnen werden. In einer anderen Krankenanstalt kam es zu Verzögerungen bei der Implementierung der gegenständlichen EDV-Tools.

4.2.2 Gemäß einer Anweisung der damaligen Direktion des Allgemeinen Krankenhauses vom August 2013 war zur dortigen Dokumentation die Software „AKH Informationsmanagement“ zu nutzen. Damit sollte eine umfassende elektronische Krankengeschichte zur Verfügung stehen. Erklärtes Ziel war es, dass die mit dem angeführten EDV-Tool abrufbaren Dokumente vollständig und zeitnah den einzelnen Universitätskliniken zur Verfügung standen. Unter Zuhilfenahme dieses EDV-Systems waren u.a.

die stationären Patientinnen- bzw. Patientenbriefe, die Konsilbefunde, die OP-Planung, die OP-Protokolle/Berichte sowie die Leistungs- und Diagnoseerfassung zu erstellen. Sofern Routine-Subsysteme bestanden, sollte es Leistungsschnittstellen in das gegenständliche EDV-System geben oder die Dokumentationen übernommen werden.

Einer Aufstellung zum Roll-Out Plan war zu entnehmen, dass die Universitätskliniken bis Dezember 2014 mit dem Grundpaket des angeführten EDV-Tools ausgestattet waren. Dieses beinhaltete u.a. die Patientinnen- bzw. Patientenadministration, den ambulanten und stationären Workflow, die Terminplanung, die Diagnosen- und Leistungserfassung sowie den „*Klinischen Auftrag*“ (OP-Anmeldung, Konsil und Zuweisung).

4.3 Planung von Operationen

4.3.1 Gemäß dem Benutzerhandbuch der OP-Planungssoftware in den Wiener Städtischen Krankenhäusern verfügten die Benutzerinnen bzw. die Benutzer über ein eigenes Login und konnten so EDV-unterstützt auf Basis der verfügbaren räumlichen personellen und zeitlichen Ressourcen Operationen für die jeweilige medizinische Abteilung planen.

Die Administrierung eines OP-Eingriffes erfolgte mithilfe eines elektronischen Anforderungsformulars. Über eine sogenannte Zeitblock-Suche konnte ein freier OP-Termin gesucht und zugeordnet werden. Für jede medizinische Abteilung war im elektronischen OP-Planungssystem eine Liste hinterlegt, aus welcher grundsätzlich der jeweils vorgesehene Eingriff bei der OP-Planung ausgewählt werden konnte. Weiters waren die Operateurinnen bzw. Operateure sowie die jeweils geplante Dauer der chirurgischen Eingriffe verpflichtend anzugeben. Anhand eines Auswahlfeldes „*Medizinische Priorität*“ waren diese Eingriffe als „*geplant*“, „*akut*“ oder „*dringlich*“ zu kennzeichnen.

Durch Abschließen der Planung mittels Speicherung konnte der jeweils geplante OP-Termin samt der Festlegung des OP-Saales, in dem der Eingriff stattfinden sollte, fixiert werden.

Im Benutzerhandbuch war der Zeitpunkt, wann ein OP-Termin im EDV-System festgelegt werden sollte, nicht bestimmt. Somit konnten Patientinnen bzw. Patienten auch ohne Fixierung von OP-Terminen im elektronischen Planungssystem gespeichert werden.

4.3.2 Die Planung und Buchung von OP-Terminen am Allgemeinen Krankenhaus erfolgte ebenfalls mithilfe eines elektronischen Planungstools. Von den Mitarbeitenden waren im Vorfeld in einer elektronischen Eingabemaske sämtliche Patientinnen- bzw. Patientendaten zu erfassen, der jeweilige Durchführungsort - wie z.B. Zentral-OP oder Eingriffsraum - auszuwählen und die Art der Operation sowie deren medizinische Priorität anzugeben. Im Rahmen der OP-Planung musste gleichzeitig auch bestimmt werden, ob mit der Operation auch eine stationäre Aufnahme verbunden war, was für die Planung der Nachbetreuung von besonderer Bedeutung war. In der elektronischen Dokumentation war auch eine Registerkarte „Warteliste“ vorgesehen, mit welcher eine Wartelistenpriorität vergeben werden konnte. In der „Warteliste“ wurden jene OP-Termine geführt, bei welchen noch kein Termin vermerkt war. Die endgültige Auswahl und Buchung eines freien OP-Termines und eines konkreten OP-Saales konnte mithilfe eines elektronischen Kalenders erfolgen. Für den Ablauf des OP-Planungsprozesses standen den Mitarbeitenden Prozessbeschreibungen sowie Kurzanleitungen zur Verfügung.

4.4 Reihungskriterien für die Erbringung von Operationen

4.4.1 Sowohl das OP-Rahmenstatut der Wiener Städtischen Krankenhäuser als auch das OP-Statut des Allgemeinen Krankenhauses legten seit jeher Reihungsgrundsätze für die Operation von Patientinnen bzw. Patienten fest, die am OP-Tag zu beachten waren. Dazu zählten medizinische oder organisatorische Aspekte wie beispielsweise die Vorgabe, dass Kinder beim Tagesprogramm an erster Stelle zu reihen waren. Im Dezember 2019 wurden die OP-Rahmenstatute dahingehend ergänzt, dass nunmehr

die Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes Priorisierungslisten für „*medizinische oder organisatorische Aspekte*“ festzulegen hatten. Darüber hinausgehende Vorgaben oder Erläuterungen waren im OP-Rahmenstatut hinsichtlich der Reihung nicht enthalten.

4.4.2 Wie die Einschau in die OP-Statute der einzelnen Einrichtungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser zeigte, verfügten diese über Festlegungen gemäß dem Rahmenstatut, die allerdings unterschiedlich detailliert ausformuliert waren.

Grundsätzlich betrafen die Festlegungen in den anstaltsspezifischen OP-Statuten insbesondere die bei elektiven Eingriffen bei der Erstellung des Tagesprogrammes im Zuge der OP-Planung einzuhaltenden medizinischen Kriterien. In diesem Zusammenhang waren diesbezüglich etwa bestimmte Begleiterkrankungen wie z.B. Diabetes, das Alter der Patientinnen bzw. Patienten (z.B. Kinder) aber auch bestehende Allergien maßgebend. Nicht zuletzt sollten vorliegende Wunschtermine von Patientinnen bzw. Patienten bei der OP-Planung berücksichtigt werden.

Unter betriebsorganisatorischen Aspekten waren u.a. die Standardisierung von Organisationsabläufen, die Einhaltung der OP-Programme, das Vermeiden von Verschiebungen von OP-Terminen, die Einhaltung der Dokumentation im elektronischen OP-Planungssystem sowie das Vorhandensein intensivmedizinischer Bettenkapazitäten angeführt.

4.4.3 In einem weiteren Schritt wertete der Stadtrechnungshof Wien anhand der von insgesamt 24 medizinischen Abteilungen des Gesundheitsverbundes rückübermittelten Fragebögen aus, nach welchen Kriterien diese die zu operierenden Patientinnen bzw. Patienten bei der Terminvergabe reichten und ob es Kriterienkataloge gab.

Nachfolgend werden die dem Stadtrechnungshof Wien anhand der Fragebögen übermittelten Antworten der medizinischen Abteilungen zu deren Vorgehensweisen fachbereichsbezogen kursorisch dargestellt.

4.4.3.1 Die befragten Neurochirurgischen Abteilungen verfügten für die OP-Planung bzw. für die Vornahme von Operationen z.T. über fachspezifische verschriftlichte Kriterien.

So hatte eine Neurochirurgische Abteilung eine Einteilung in 3 Gruppen nach den von ihr festgelegten klinischen Dringlichkeitsstufen vorgenommen. Jeder Dringlichkeitsstufe waren medizinische Indikationen zugeordnet. „*Vitale Notfälle*“ hatten entweder im nächsten freien OP-Saal oder längstens innerhalb von 12 Stunden oder 24 Stunden operiert zu werden. Diesbezüglich handelte es sich beispielsweise um Fälle, welche akut auftretende Funktionsverluste des Rückenmarks oder eine Einklemmungssymptomatik mit einer Bewusstseinsstörung und einer insuffizienten Spontanatmung aufwiesen. Bei Patientinnen bzw. Patienten der Gruppe „*elektive Eingriffe mit vorgezogener Dringlichkeit*“ hatten Operationen innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen. Darunter fielen Erkrankungen wie z.B. maligne Tumore oder inzidentelle Aneurysmen. Alle übrigen medizinischen Fallkonstellationen waren den elektiven Eingriffen zuzurechnen.

Eine andere Neurochirurgische Abteilung hatte im OP-Statut eine eigene Leitlinie zu den OP-Planungsregeln festgelegt. Diese unterteilte in Abhängigkeit der medizinischen Indikation in Patientinnen bzw. Patienten, welche sich für eine längerfristige Vormerkliste nicht eignen würden und in solche, bei welchen eine Aufnahme in eine Vormerkliste vertretbar erschien. Zu der 1. Gruppe zählten Erkrankungen wie Wirbelsäulentumore oder Neurochirurgische Gefäßerkrankungen. In Vormerklisten für Operationen wurden beispielsweise Patientinnen bzw. Patienten mit Instabilitäten an der Wirbelsäule ohne neurologische Ausfälle und ohne massive Schmerzen geführt. Grundsätzlich verwies diese medizinische Abteilung darauf, dass auch bei Patientinnen bzw. Patienten, welche aufgrund der medizinisch fachlichen Expertise keinen raschen OP-Termin benötigen würden und konservativ gut eingestellt seien, die Wartezeit auf eine Operation weniger als 3 Monate betragen sollte.

Die 3. neurochirurgische Einrichtung verfügte ebenfalls über ein eigenes Scoringssystem, nach welchem die Wartezeiten von Patientinnen bzw. Patienten auf Operationen

in 3 Dringlichkeitsstufen eingeteilt waren, nämlich „hoch“ (innerhalb von 24 Stunden), „mittel“ (innerhalb von 7 Tagen) und „niedrig“ (kapazitätsabhängig).

4.4.3.2 Die vom Stadtrechnungshof Wien befragten Abteilungen für Augenheilkunde verfügten über Kriterien bzgl. der Wartezeiten auf Operationen, die z.T. verschriftlicht waren. 2 dieser Abteilungen hatten die Dringlichkeitsstufen „hoch“, „wenig dringend“ und „nicht dringend“ festgelegt. Diese Dringlichkeitsstufen enthielten auch - bis auf die Kategorie „nicht dringend“ - noch weitere Zusatzkriterien. Die jeweiligen Dringlichkeitsstufen hingen primär von der Sehstärke der Patientin bzw. des Patienten ab. In der Kategorie „hoch“ waren noch mögliche nicht medizinische Zusatzkriterien wie die Berufstätigkeit, das Alter oder eine anstehende Führerscheinverlängerung angeführt. Die Wartezeit auf Operationen für in dieser Kategorie eingereihte Patientinnen bzw. Patienten war mit maximal 3 Monaten festgelegt. In der Kategorie „wenig dringend“ sollte die diesbezügliche Wartezeit bei maximal 6 Monaten liegen. Zusatzkriterium war in derartigen Fällen eine bereits durchgeführte Operation an einem Auge. Alle übrigen Fälle waren der letzten Kategorie zugeordnet und es konnte die Wartezeit über 6 Monate hinausgehen. Bei einer Verschlechterung des Sehvermögens sollte jedenfalls eine Kontrolle erfolgen.

Bei einer anderen Abteilung für Augenheilkunde erfolgten Anmeldungen auf Operationen gereiht nach den Dringlichkeitsstufen „sehr dringend“, „mittel“ und „nicht dringend“. Auch in diesen Fällen war die Sehstärke maßgebend. Zusätzlich führte diese Abteilung noch eine Ausfallersatzliste, nach der Patientinnen bzw. Patienten bei Freiwerden eines OP-Termines früher als ursprünglich geplant operiert werden konnten. Als Kriterien wurden für die Dringlichkeit von Eingriffen die Ausübung der Tätigkeit im Berufsleben, die Ausstellung eines Führerscheins oder die Überforderung eines Auges bei der Anpassung der Lichtintensität genannt.

4.4.3.3 Die in die Einschau einbezogenen orthopädischen bzw. unfallchirurgischen Einrichtungen verfügten ebenfalls über eigene Kriterien, welche eine Einteilung nach Dringlichkeitsstufen vorsahen.

So nahm z.B. eine solche medizinische Abteilung eine Abstufung in „*Elektiv dringend*“, mit maximal 6 Wochen, „*Elektiv mitteldringend*“, mit bis zu 3 Monaten und „*Elektiv*“ mit bis zu 6 Monaten Wartezeit auf eine Operation vor. Die Einteilung in eine der 3 Dringlichkeitsstufen erfolgte nach Beurteilung des vorliegenden Schmerzgrades und bei diagnostizierter Arthrose.

Eine andere medizinische Abteilung hatte insgesamt 5 Dringlichkeitsstufen definiert. Neben den Dringlichkeitsstufen „*Notfall*“, „*Akut*“ und „*Dringend*“ waren die Dringlichkeitsstufen „*Frühelektiv*“ und „*normal planbar*“ vorgesehen. Für die Dringlichkeitsstufe „*Frühelektiv*“ war für die Wartezeit ein Zeitraum von maximal 3 Monaten genannt worden. In diese Kategorie fielen Erkrankungen wie z.B. hochgradige Arthrose oder eine verminderte Gehfähigkeit der Patientinnen bzw. Patienten (Krücken oder Rollator). Für die letzte Dringlichkeitsstufe „*normal planbar*“ war die zum jeweiligen Zeitpunkt relevante Wartezeit als Zeitraum genannt worden.

Eine weitere derartige medizinische Einrichtung dokumentierte die vereinbarten Termine für elektive und nicht zeitkritische Eingriffe anhand eines OP-Vormerkbuches. Im Fall von Terminabsagen würden andere wartende Patientinnen bzw. Patienten vorgezogen. Über einen eigenen Kriterienkatalog verfügte diese medizinische Abteilung nicht.

Eine medizinische Abteilung betrachtete die Schmerzintensität, die Mobilität, das soziale Umfeld, die Gesundheitsgefährdung und die Langzeitfolgen bei einem verzögerten medizinischen Eingriff als berücksichtigungswerte Kriterien im Zuge der OP-Planung.

Schließlich verwies eine derartige medizinische Abteilung in Bezug auf die Kriterien für die Vergabe auf einen OP-Termin auf die medizinischen Indikationen (state of the art).

4.4.3.4 Ebenso nannten die übrigen befragten Abteilungen die medizinischen Indikationen als ausschlaggebend für die Vergabe von OP-Terminen, die in der Regel jedoch nicht verschriftlicht in Form von Kriterienkatalogen vorlagen.

Einige medizinische Abteilungen führten ergänzend aus, dass sie für sich Dringlichkeitsstufen festgelegt hatten, die den planenden Personen bekannt und bei der Terminvergabe auf einen OP-Termin zu berücksichtigen waren. Die darin vorgenommenen Abstufungen richteten sich u.a. nach der Gefahr des Fortschreitens der Erkrankung bzw. nach möglichen gesundheitlichen Schäden bei nicht rechtzeitig erfolgten Operationen nach der Dauer der Erkrankung bzw. nach dem Ausmaß der Beschwerden.

4.4.3.5 Über die bereits erwähnten medizinischen Kriterien hinausgehend gaben die befragten Abteilungen in den rückübermittelten Fragebögen an, dass weitere Faktoren - wie etwa betriebsorganisatorische Aspekte - den OP-Planungsprozess beeinflussen würden.

Darunter fielen sowohl die Verfügbarkeit des entsprechenden mit Spezialwissen für bestimmte Operationen ausgestatteten Personals (z.B. bei komplexen Wirbelsäulenoperationen) sowie von bestimmten Medizinprodukten als auch die beschränkten Personalressourcen u.a. im Bereich der Anästhesie. Jährliche Sommersperren von stationären Betten sowie erforderliche Wartungsarbeiten in den OP-Bereichen nahmen ebenfalls Einfluss auf die OP-Planung.

Auch die eingeschränkte Anzahl von Intensivbetten sowie Intermediate Care Betten im Gesundheitsverbund führten nach Ansicht einiger der befragten Vorständinnen bzw. Vorstände zu Beeinträchtigungen bei der Planung des OP-Betriebes.

In diesem Zusammenhang war auf den Bericht des Stadtrechnungshofes Wien „MA 70 und Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund, Prüfung des Abtransportes anstaltsbedürftiger Personen durch Rettungsdienste und deren Übernahme durch Spitalseinrichtungen, StRH II - 31/18“ zu verweisen. Darin wurde u.a. eine Evaluierung der Versorgungskapazitäten für nicht mehr intensivpflichtige Patientinnen bzw. Patienten im Einvernehmen mit der für die Gesundheitsplanung zuständigen MA 24 - Stra-

tegische Gesundheitsversorgung empfohlen. In der Stellungnahme (Maßnahmenbekanntgabe) zum gegenständlichen Bericht teilte der Gesundheitsverbund mit, dass mit Ende des 3. Quartals 2019 die Aktualisierung des „*Medizinischen Masterplans*“, die sogenannte Ziel- und Gesamtplanung, abgeschlossen wurde. Diese Ergebnisse seien auch der zuständigen MA 24 - Strategische Gesundheitsversorgung vorgestellt worden. Somit könnten die Daten in der Ausarbeitung zum nächsten RSG berücksichtigt werden.

4.5 Vorgehensweise bei Zustandsverschlechterungen und Begleitmaßnahmen

4.5.1 Der Stadtrechnungshof Wien erhob in weiterer Folge, welche Maßnahmen die befragten medizinischen Abteilungen im Fall von Zustandsverschlechterungen bei Patientinnen bzw. Patienten in die Wege leiteten, während diese auf ihren OP-Termin warteten.

Ein Teil der medizinischen Abteilungen erläuterte dazu, dass die Patientinnen bzw. Patienten informiert bzw. aufgeklärt würden, bei Zustandsverschlechterungen die behandelnde Abteilung oder die Notfallambulanz zu kontaktieren. In weiterer Folge konnte eine vorzeitige Wiedervorstellung in der Ambulanz für eine neuerliche Untersuchung erfolgen. Bei entsprechend festgestellter medizinischer Indikation war danach eine Vorverlegung des OP-Termines bis hin zu einem Akuteingriff möglich.

Eine neurochirurgische Abteilung führte ergänzend aus, dass eine Interimskontrolle bei Patientinnen bzw. Patienten mit sehr langen Wartezeiten (mehr als 90 Tage) und einem deutlichen Verschlechterungsrisiko vorgesehen sei.

4.5.2 Wie bereits dargestellt, bestimmten insbesondere die medizinischen Indikationen einschließlich der Schmerzsymptomatiken von Patientinnen bzw. Patienten die Wartezeiten auf geplante medizinische Eingriffe. Für die ärztliche Versorgung während der Wartezeiten bis zu den geplanten OP-Terminen war grundsätzlich der extramurale Bereich zuständig. Teilweise gaben die medizinischen Abteilungen aber auch an, dass z.B. eine begleitende Schmerztherapie in der jeweiligen Krankenanstalt oder in einer anderen Einrichtung des Gesundheitsverbundes vorgesehen sei.

Weitere Begleitmaßnahmen, die je nach Art der Grunderkrankung unterschiedlicher Art sein konnten, waren z.B. Physiotherapie, diätologische Beratung, Psychotherapie oder die Zuweisung zu Wundzentren. Zudem waren auch mündliche und/oder schriftliche Aufklärungen der Patientinnen bzw. Patienten üblich, wie sie sich im Fall von Zustandsverschlechterungen (wie z.B. bei Einklemmung des Gewebes bei einer Hernie) verhalten sollten.

4.6 Weiterführende Erhebungen zur Vergabe von OP-Terminen

Ergänzend zu der Analyse anhand der Fragebögen nahm der Stadtrechnungshof Wien zur Handhabung der Terminplanung weiterführende Erhebungen vor Ort in insgesamt 11 medizinischen Abteilungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser und in 3 Universitätskliniken des Allgemeinen Krankenhauses vor.

Vorab war anzuführen, dass die befragten Mitarbeitenden der medizinischen Abteilungen festhielten, dass Akutfälle bzw. Notfälle sofort behandelt würden. Dies erfolge etwa durch eine stationäre konservative Behandlung oder auch durch die Vornahme einer Operation. Bei nicht akuten aber medizinisch dringlichen Fällen würde eine zeitnahe Vergabe von OP-Terminen erfolgen. Grundsätzlich würde die Art der Erkrankung bei der Planung und der Vergabe von OP-Terminen ein wesentliches Kriterium darstellen.

4.6.1 Wie sich in den Wiener Städtischen Krankenhäusern zeigte, erfolgte in den meisten medizinischen Abteilungen gleichzeitig die Planung elektiver Eingriffe sowie die Vergabe der OP-Termine und deren Buchung im elektronischen OP-Planungssystem.

Demgegenüber nahm eine Orthopädische Abteilung die Vormerkungen für elektive Operationen im OP-Planungssystem vor, ohne sofort konkrete OP-Termine zu fixieren. Die Festlegung der OP-Termine fand erst Wochen bis Monate später statt, was damit begründet wurde, dass zum Zeitpunkt der Vormerkung der Patientinnen bzw. Patienten die späteren Dienstpläne noch nicht feststünden und erst anhand dieser eine optimale Vergabe konkreter OP-Termine möglich sei.

Diese unterschiedliche Form der Vergabe von OP-Terminen hatte Auswirkungen auf die grundsätzlich möglichen EDV-unterstützten Auswertungen aus dem OP-Planungstool zu den Wartezeiten, da Patientinnen bzw. Patienten ohne festgelegte OP-Termine in prospektiven Auswertungen zu den Wartezeiten nicht erfasst waren.

4.6.2 Eine Reihe von Nutzerinnen bzw. Nutzern des elektronischen OP-Planungssystems vermittelte dem Stadtrechnungshof Wien bei seiner Prüfung den Eindruck, dass technische Merkmale die Planung der OP-Termine z.T. erschweren.

Infolgedessen führten einige medizinische Abteilungen im Zuge der Vergabe der OP-Termine auch Hilfsaufzeichnungen in Papierform. Die EDV-mäßige Erfassung und Buchung der OP-Termine im elektronischen OP-Planungssystem wurde mithilfe dieser Aufzeichnungen im Nachhinein vom Verwaltungspersonal der betreffenden Abteilungen vorgenommen. Die gegenständlichen medizinischen Abteilungen begründeten diesen Zwischenschritt mit einer besseren Übersicht über geplante Operationen und auch der koordinierten Eingabe von derartigen Terminen durch die erwähnten Mitarbeitenden.

Bemerkenswert waren auch die in den Krankenanstalten unterschiedlichen Ausgestaltungen der OP-Planungssoftware im Bereich der Planungsmasken. So waren in einer Krankenanstalt die OP-Kontingente nach Art der zu operierenden Organgruppen farblich hinterlegt. Einer anderen Anstalt stand diese praktische Funktion nicht zur Verfügung, sodass sie sich mit einem gängigen Tabellenkalkulationsprogramm behalf.

Ebenso erachteten einzelne medizinische Abteilungen ergänzend zu dem elektronischen Dokumentationssystem zum besseren Überblick die Führung eines OP-Buches in Papierform als notwendig.

Weiters brachte der Stadtrechnungshof Wien in Erfahrung, dass im elektronischen OP-Planungssystem zu jenem EDV-System der Wiener Städtischen Krankenhäuser, welches u.a. in den Ambulanzen zur Erfassung der Patientinnen- bzw. Patientendaten diente, keine entsprechende Schnittstelle bestand. Um die OP-Planung durchführen zu können, mussten daher vorhandene Patientinnen- bzw. Patientendaten entweder manuell aus anderen EDV-Systemen importiert oder neuerlich erfasst werden, was einen zeitlichen Mehraufwand und mögliche Fehlerquellen nach sich zog.

Eine Reihe der vom Stadtrechnungshof Wien in seine Einschau einbezogenen medizinischen Abteilungen orteten insgesamt einen Optimierungsbedarf bei der eingesetzten Software, um die praktische Handhabung der OP-Planung sowie die Auswertungsmöglichkeiten zu verbessern.

4.6.3 Um im Fall eines Ausfalls von OP-Terminen von Patientinnen bzw. Patienten z.B. durch Absage aus persönlichen Gründen bereits gebuchte Zeitfenster für diese Operationen nicht ausfallen zu lassen, führten einige medizinische Abteilungen „*Springerlisten*“. Auf diesen Listen waren Patientinnen bzw. Patienten vorgemerkt, welche sich bereit erklärt hatten, in solchen Fällen kurzfristig OP-Termine wahrzunehmen. Die auf den „*Springerlisten*“ vermerkten Personen hatten zumeist schon eine medizinische Freigabe zu einer geplanten Operation sowie auch eine entsprechende Vormerkung und konnten so ihre Wartezeit auf einen vorgesehenen Eingriff allenfalls verkürzen.

4.6.4 Wie bereits erwähnt, erfolgte die OP-Terminplanung im Allgemeinen Krankenhaus mit einer anderen Planungssoftware als in den Wiener Städtischen Krankenhäusern, wobei sich der Ablauf der Planung in den 3 vom Stadtrechnungshof Wien näher betrachteten Universitätskliniken unterschiedlich gestaltete.

An einer Universitätsklinik nahmen die OP-Planung jeweils die nach Organgruppen spezialisierten Ärztinnen- bzw. Ärzteteams im Rahmen der Ambulanzbesuche der Patientinnen bzw. Patienten vor. Festlegungen von OP-Terminen erfolgten z.T. nicht unmittelbar im elektronischen OP-Planungssystem, sondern handschriftlich in einem Kalender. Die Eintragung im elektronischen Planungstool erfolgte in diesen Fällen erst

einige Wochen später. Dies wurde damit begründet, dass der elektronisch durchzuführende OP-Planungsprozess zeitintensiv und aufwändig sei. Die angeführte Vorgehensweise hatte allerdings zur Folge, dass die Wartezeiten von Patientinnen bzw. Patienten auf Operationen EDV-unterstützt nicht korrekt auswertbar waren.

In einer anderen Universitätsklinik stand für die Terminvergabe seit Jahren eine eigene Datenbank im Einsatz, da das im Allgemeinen Krankenhaus vorgesehene EDV-Tool für die spezifischen Erfordernisse der Klinik als nicht praktikabel erachtet wurde. Dies läge lt. Auskunft der befragten Mitarbeitenden dieser Universitätsklinik z.B. daran, dass Termine für bestimmte, häufig vorgenommene Operationen in der Regel auf der Grundlage von umfassenden Zuweisungsdiagnosen von Fachärztinnen bzw. Fachärzten aus dem extramuralen Bereich vergeben würden. Anhand der Zuweisung erfolge vom ärztlichen Personal der Universitätsklinik eine medizinische Voreinschätzung der Dringlichkeit vorzunehmender Operationen und die Festlegung der OP-Termine unter Zuhilfenahme der o.a. Datenbank. Die nachträgliche Erfassung dieser OP-Termine und die OP-Planung unter Zuhilfenahme des im Allgemeinen Krankenhaus eingeführten EDV-Tools erfolge erst im Rahmen der Ambulanzbesuche der Patientinnen bzw. Patienten zur Voruntersuchung vor der jeweiligen Operation. Die Weiterverwendung der angeführten Datenbank - trotz Verfügbarkeit eines spitalsweiten EDV-Systems - wurde mit der Übersichtlichkeit von wichtigen für die fachmedizinische Beurteilung und Reihung der Patientinnen bzw. Patienten notwendiger Daten zur OP-Planung begründet. Die administrativen und organisatorischen Tätigkeiten sowie die EDV-unterstützte OP-Planung oblagen einem sogenannten „*OP-Planungssekretariat*“.

In einer weiteren in die Erhebungen einbezogenen Universitätsklinik war seit Juli 2019 ein als „*Planungsbüro*“ bezeichnetes Planungsteam etabliert worden. Dieses Team übernahm alle im Zusammenhang mit den OP-Planungen anfallenden administrativen und koordinierenden Tätigkeiten. Diesbezüglich verfügte die gegenständliche Universitätsklinik über einen eigenen Planungsprozess zur „*Vormerkung zur OP und präoperative Diagnostik*“. War die Notwendigkeit einer Operation im Rahmen der medizinischen Begutachtung festgestellt worden, erhielten die Patientinnen bzw. Patienten ei-

nen „*Vormerkschein zur Operation*“. Darauf waren u.a. das Datum des OP-Termines sowie die notwendigen vor der Operation durchzuführenden Voruntersuchungen vermerkt. Zudem enthielt der Vormerkschein eine Klassifizierung der auf die Patientin bzw. den Patienten zutreffenden Dringlichkeitsstufen, die als Information für die Festlegung des OP-Programmes diente. Auf Basis der ausgefüllten Vormerkscheine erfolgte durch das Planungsbüro die EDV-unterstützte Erfassung der OP-Termine in dem EDV-System des Allgemeinen Krankenhauses.

4.7 Feststellungen und Empfehlungen

4.7.1 Die Planung von Operationen war im Gesundheitsverbund in einem OP-Rahmenstatut geregelt worden, das als Grundlage für die von den einzelnen Krankenanstalten zu erlassenden anstaltsspezifischen OP-Statute diente. Entsprechend dem Rahmenstatut hatten diese OP-Statute Priorisierungslisten für „*medizinische oder betriebsorganisatorische Aspekte*“ bei der OP-Planung festzulegen. Konkretisierungen hiezu waren dem OP-Rahmenstatut der Generaldirektion jedoch nicht zu entnehmen. Ebenso waren von der Generaldirektion keine grundsätzlichen Vorgaben in Bezug auf die Reihung von planbaren operativen Eingriffen erstellt worden.

Die Prüfung zeigte weiters, dass die medizinischen Abteilungen der Wiener Städtischen Krankenhäusern bzw. die Universitätskliniken im Allgemeinen Krankenhaus für sich spezifische, medizinische Kriterien für die OP-Terminvergabe definiert hatten, die jedoch nicht in den OP-Statuten der Krankenanstalten abgebildet und nur z.T. in Kriterienkatalogen verschriftlicht waren.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl, zur Erhöhung der Transparenz des OP-Planungsprozesses die Vorgehensweise bei der Erstellung von Priorisierungslisten sowie bei der Reihung von planbaren operativen Eingriffen zu präzisieren, wobei hinsichtlich medizinischer Kriterien auch allfällige Empfehlungen von medizinischen Expertinnen bzw. Experten oder Fachgremien einfließen sollten.

4.7.2 Ziel der Generaldirektion war seit dem Jahr 2010 eine flächendeckende Verwendung des eingeführten elektronischen OP-Planungstools für die OP-Planungen seitens der operativen Abteilungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser. Wie die Einschau zeigte, war der diesbezügliche Roll-Out Plan zwar abgeschlossen, während die Dokumentationsmöglichkeiten sowie die vollständige Funktionalität in den Wiener Städtischen Krankenhäusern noch nicht lückenlos gegeben waren.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl daher, die Komplettierung der elektronischen Planungssysteme in den Wiener Städtischen Krankenhäusern voranzutreiben.

4.7.3 Das für die OP-Planung in den Wiener Städtischen Krankenhäusern eingesetzte Softwaresystem wies aus Sicht der Nutzerinnen bzw. Nutzer in der praktischen Handhabung Optimierungsbedarf auf. So fehlten etwa Schnittstellen zur automatisierten Übernahme von Patientinnen- bzw. Patientendaten aus anderen EDV-Systemen, ebenso erschien die rasche und einfache Verfügbarkeit der für die OP-Planung notwendigen Informationen verbesserbar.

Auch im Allgemeinen Krankenhaus wurde dem Stadtrechnungshof Wien der Eindruck vermittelt, dass das dort im Einsatz befindliche OP-Planungssystem den Bedürfnissen einzelner Universitätskliniken nicht vollständig entsprach.

Diese Umstände führten in den geprüften medizinischen Einrichtungen teilweise zum Einsatz von Hilfsaufzeichnungen bzw. Paralleldokumentationen, die entweder in anderen elektronischen Systemen oder in Form von Papieraufzeichnungen vorgenommen wurden. Das hatte z.T. nicht nur Probleme bei der Darstellung der Wartezeiten auf Operationen zur Folge, sondern war auch mit einem Mehraufwand verbunden.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl, eine Optimierung der in der Unternehmung eingesetzten elektronischen OP-Planungssysteme in die Wege zu leiten, um den Planungsprozess für die Nutzerinnen bzw. Nutzer praktikabler und rascher zu gestalten, womit der Einsatz von sonstigen Hilfsmitteln bei der OP-Planung obsolet wäre. Sollte

sich in Einzelfällen herausstellen, dass eine Integration der noch notwendigen Funktionalitäten in die OP-Planungssoftware nicht wirtschaftlich vertretbar ist, wären allenfalls andere Lösungen wie die Anbindung abteilungs- bzw. klinikspezifischer EDV-Tools mittels Schnittstellen in Betracht zu ziehen.

4.7.4 Im Allgemeinen Krankenhaus erfolgte die OP-Planung in einigen Universitätskliniken mithilfe von OP-Planungssekretariaten. Wie die Einschau in einer medizinischen Abteilung dieser Krankenanstalt ergab, nahmen dort nach Organgruppen spezialisierte Ärztinnen- bzw. Ärzteteams die OP-Planung z.T. unter Zuhilfenahme von Hilfsaufzeichnungen vor. Nach Ansicht des Stadtrechnungshofes Wien erschwerte dies einerseits eine sachgerechte Planung der OP-Termine und andererseits banden beispielsweise OP-Terminverschiebungen und damit zusammenhängende Verwaltungsagenden ärztliche Ressourcen.

Der Stadtrechnungshof Wien würdigte die bei seiner Einschau in Erfahrung gebrachten Überlegungen, eine zentrale OP-Planung in dieser medizinischen Abteilung einzurichten, um so eine effiziente Auslastung der OP-Kapazitäten zu erzielen.

4.7.5 Für die Reihung von Patientinnen bzw. Patienten hinsichtlich der OP-Termine waren primär die medizinischen Indikationen ein maßgebliches Kriterium. Diesbezüglich wiesen die in die Prüfung einbezogenen medizinischen Abteilungen bzw. Universitätskliniken darauf hin, dass Akutfälle und dringliche Fälle im Fall der Notwendigkeit einer operativen Maßnahme vorgezogen würden.

4.7.6 Bei eintretenden Zustandsverschlechterungen während der Wartezeiten auf Operationen war in der Regel vorgesehen, dass die Patientinnen bzw. Patienten sich mit der betreuenden Abteilung in Verbindung setzten.

4.7.7 Begleitende Therapiemaßnahmen sollten während der Wartezeiten auf Operationen hauptsächlich im extramuralen Bereich durchgeführt werden, z.T. wurden solche

aber auch von den behandelnden Einrichtungen des Gesundheitsverbundes eingeleitet und entsprechende konservative Behandlungen angehoben. Erforderlichenfalls war auch die Vorverlegung von Operationen möglich.

5. Wartezeiten auf Operationen

5.1 Datenbeschaffung zu den Wartezeiten auf Operationen

5.1.1 Zu Beginn der Prüfung startete der Stadtrechnungshof Wien seine diesbezüglichen Erhebungen in der Generaldirektion des Gesundheitsverbundes mit einer Abklärung, welche Unterlagen bzw. Daten in der Generaldirektion zu den Wartezeiten auf Operationen auflagen. Der Stadtrechnungshof Wien ersuchte hierzu diese um Übermittlung aller Dokumente und des vorliegenden Datenmaterials zu Wartezeiten wie z.B. die monatlich auf der Homepage des Gesundheitsverbundes publizierten Wartezeiten für 4 bestimmte medizinische Leistungen (Bandscheibe, Katarakt, Hüft-Totalendoprothese und Knie-Totalendoprothese). Wie die Generaldirektion ausführte, seien diese z.T. händisch bzw. elektronisch aber auch stichprobenartig von den Krankenanstalten erhoben worden. Danach wären diese Daten zusammengefasst und monatlich auf der Homepage des Gesundheitsverbundes veröffentlicht worden.

5.1.2 In weiterer Folge beabsichtigte der Stadtrechnungshof Wien die Einholung von Wartezeitenauswertungen für die im Prüfungsersuchen angeführten medizinischen Leistungen. Entsprechend dem zwischenzeitlich vorgelegten Benutzerhandbuch für das elektronische OP-Planungssystem bzw. dem Terminvergabesystem der Wiener Städtischen Krankenhäuser war es möglich, Anmeldezeiten von Operationen aus dem gegenständlichen EDV-System zu generieren. Diesbezüglich verfügte diese EDV-Applikation über mehrere Standardberichtsarten. So könnten z.B. die minimale, die maximale und die durchschnittliche Anmeldezeit in Tagen für einen Eingriff sowohl retrospektiv als auch prospektiv ausgewertet werden. Wie sich jedoch herausstellte, verfügte das federführend für die Thematik Wartezeiten zuständige Vorstandsressort in der Generaldirektion über keine entsprechenden Auswerteberechtigungen für das OP-Terminplanungssystem.

5.1.3 Der Stadtrechnungshof Wien erhob daher in einem weiteren Schritt die Benutzerberechtigungen für die OP-Planungssoftware, was sich als aufwändig darstellte, zumal der Gesundheitsverbund darüber keine Auskunft geben konnte. So musste der Stadtrechnungshof Wien die diesbezüglichen Aufzeichnungen bei der MA 01 - Wien Digital anfordern.

Das vorgelegte Berechtigungsverzeichnis für das OP-Planungssystem der Wiener Städtischen Krankenhäuser wies nur bei wenigen Mitarbeitenden der Generaldirektion Abfrageberechtigungen hinsichtlich der Wartezeiten aus. Diese Berechtigungen waren vielfach nur auf 1 Krankenanstalt bzw. einige Krankenanstalten beschränkt. Dem Ersuchen des Stadtrechnungshofes Wien zur Auswertung von Wartezeiten auf die berichtsgegenständlichen Operationen konnte daher weiterhin nur teilweise entsprochen werden.

Auswertungen zu den Wartezeiten auf Operationen im Allgemeinen Krankenhaus konnten ebenfalls nicht in der Generaldirektion vorgenommen werden, sondern waren nur im Weg der MA 01 - Wien Digital bzw. unmittelbar in der genannten Krankenanstalt zu erheben.

5.1.4 Um die durchschnittlichen Wartezeiten auf Operationen für die im Prüfungsersuchen genannten Leistungen dennoch darstellen zu können, ersuchte der Stadtrechnungshof Wien - auf Basis einer vom Gesundheitsverbund übermittelten Auswertung von medizinischen Einzelleistungen und leistungserbringenden Stellen - insgesamt 24 medizinische Abteilungen um schriftliche Bekanntgabe dieser Daten.

Der Ausfüllungsgrad bei den rückübermittelten Fragebögen stellte sich unterschiedlich dar. Die Wartezeiten waren teilweise auf Wochen genau, bei einem kleineren Anteil an Fragebögen z.T. in einer Bandbreite von mehreren Wochen angeführt. Weitere Erhebungen des Stadtrechnungshofes Wien ergaben, dass die in den Fragebögen angeführten Wartezeiten sich entweder auf Auswertungen aus der OP-Planungs-

software oder auf händische Zählungen bzw. Stichprobenermittlungen stützten. Einige Fragebögen waren bei der Frage nach den Wartezeiten mit „nicht auswertbar“ befüllt oder es erfolgten diesbezüglich keine Angaben.

5.1.5 Der Stadtrechnungshof Wien ersuchte bei seiner nachfolgenden Vor-Ort-Einschau in einzelnen medizinischen Abteilungen deren Mitarbeitende, auch Statistikberichte zu den historischen Wartezeiten auszuwerten. Während in einigen Abteilungen Statistikberichte aus dem OP-Planungssystem erstellt werden konnten, führte dies in anderen Fällen nicht zum gewünschten Erfolg. Eine Ursache hierfür war lt. Auskunft der befragten Mitarbeitenden u.a. eine Überlastung des OP-Planungstools, was u.a. auf die Fülle der zu verarbeitenden Daten und dem Umfang der Userinnen- bzw. Userberechtigungen für die Auswertungen zurückzuführen wäre. Dies führe bei Aufruf mancher Auswertungen mitunter auch zum Absturz des elektronischen Systems.

Einige medizinische Abteilungen behelfen sich damit, benötigte Statistikauswertungen direkt bei jenem externen EDV-Unternehmen anzufordern, von welchem der Gesundheitsverbund das OP-Planungstool beschafft hatte.

Weiters zeigte die Vor-Ort-Einschau, dass in den Wiener Städtischen Krankenhäusern unterschiedliche häuserspezifische Versionen dieses EDV-Systems im Einsatz standen, die weder EDV-technisch miteinander verbunden waren noch über einheitliche Ansichtsoptionen bei der Darstellung verfügten. Ebenso brachte der Stadtrechnungshof Wien von Abteilungsvorständinnen bzw. Abteilungsvorständen in Erfahrung, dass ein und dieselbe medizinische Leistung unterschiedlich codiert würde. Dadurch käme es zu nicht vergleichbaren Abbildungen von erbrachten OP-Leistungen.

Zudem wiesen Mitarbeitende in den Krankenanstalten auf Mängel in der Datenqualität hin. So stimmte etwa an 2 medizinischen Abteilungen bei manchen Leistungen die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Operationen mit den im OP-Planungssystem dokumentierten Eingriffen nicht überein.

Auf Basis der rückübermittelten Fragebögen, der Erhebungen in den medizinischen Abteilungen sowie der Meldungen für die 4 im Punkt 5.1.1 erwähnten und veröffentlichten Einzelleistungen stellte der Stadtrechnungshof Wien in den nachstehenden Punkten die erhobenen Wartezeiten auf elektive medizinische Eingriffe dar.

5.2 Entwicklung der Wartezeiten im Betrachtungszeitraum

Nachdem die im Punkt 4.4.3 erwähnten 24 medizinischen Abteilungen in den Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes in unterschiedlicher Form (insbesondere hinsichtlich der gewählten Art der Darstellung) sowie unter Zuhilfenahme nicht einheitlicher Datenquellen Informationen zu den Wartezeiten auf Operationen übermittelt hatten, erschien deren Darstellung auf Abteilungsebene mangels Vergleichbarkeit und Aussagekraft wenig zweckmäßig.

Daher beschränkte sich der Stadtrechnungshof Wien bei der nachstehenden Tabelle auf eine - gegliedert nach medizinischen Fachbereichen - gesamthafte überblicksweise Darstellung der bekannt gegebenen bzw. erhobenen Wartezeiten auf einzelne Operationsleistungen:

Tabelle 2: Wartezeiten auf ausgewählte OP-Leistungen

Medizinische Fachbereiche	OP-Leistungen	Wartezeiten in Wochen		
		2017	2018	2019
Neurochirurgie	Bandscheiben (Dekompression, Nervenwurzel lumbal)	8 - 12	8 - 12	5 - 12
Plastische Chirurgie	Karpaltunnelsyndrom (Dekompression des nervus medianus)	4 - 13	3 - 15	3 - 13
Neurochirurgie und Gefäßchirurgie	Aneurysma	2 - 18	2 - 18	2 - 12
Gefäßchirurgie und Allgemeinchirurgie	Varizen	4 - 6	4 - 7	4 - 7
Augenheilkunde	Katarakt	11 - 30	11 - 30	12 - 20
Orthopädie oder/und Unfallchirurgie	Hüft-Totalendoprothese	5 - 27	4 - 26	4 - 31
	Knie-Totalendoprothese	5 - 32	4 - 34	3 - 30
	Knie-Arthroskopie	4 - 17	4 - 18	4 - 17
Allgemeinchirurgie	Hernien	3 - 20	3 - 24	3 - 36
	Schilddrüsen	1 - 16	1 - 20	1 - 24

Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: Stadtrechnungshof Wien

In den nachstehenden Ausführungen wird einerseits auf die einzelnen in der Tabelle angeführten medizinischen Leistungen näher eingegangen und andererseits werden die Erhebungsergebnisse zu den Gründen für die Situation bzgl. der erhobenen Wartezeiten dargestellt.

5.3 Bandscheiben-Operationen

5.3.1 Bei den im Prüfungsersuchen angeführten Bandscheiben-Operationen handelte es sich um Leistungen, für die der Gesundheitsverbund im Betrachtungszeitraum regelmäßig Wartezeiten im Internet veröffentlichte. Wie die Einschau ergab, lagen diesen publizierten Werten z.T. unterschiedliche Diagnosen bzw. medizinische Einzelleistungen sowie auch Berechnungsmethoden zugrunde.

Der Stadtrechnungshof Wien ersuchte daher die neurochirurgischen Einrichtungen des Gesundheitsverbundes um Bekanntgabe der Wartezeiten auf die medizinische Einzelleistung „*Dekompression (operative Druckentlastung) Nervenwurzel lumbal (die Lende betreffend)*“. Der Gesundheitsverbund verzeichnete jährlich rd. 900 solche Operationen, wobei diese großteils in den angeführten Fachabteilungen, aber auch in orthopädischen Abteilungen erbracht wurden.

In einer Abteilung für Neurochirurgie konnte die Wartezeit auf die angeführte medizinische Leistung nicht erhoben werden. Die gegenständliche medizinische Abteilung gab dazu bekannt, dass diese Zeiten retrospektiv für die Jahre 2017 bis 2019 aus dem OP-Planungssystem nicht auswertbar seien. Im September 2020 habe die durchschnittliche Wartezeit auf einen solchen Eingriff 6 bis 7 Wochen betragen. Grundsätzlich werde danach getrachtet, die Wartezeiten für derartige Operationen unter 3 Monaten zu halten.

5.3.2 Zu den Gründen für die Wartezeitensituation sowie allfällige Gegensteuerungsmaßnahmen nannte der Abteilungsvorstand einer der betroffenen medizinischen Abteilungen einen Ressourcenengpass für neurochirurgische Leistungen. Um die Warte-

zeiten zu reduzieren, setze die Abteilung auf eine permanente Optimierung der Planungsprozesse z.B. durch Abstimmung der notwendigen Vorhaltekapazitäten sowie kurzfristige Patientinnen- bzw. Patienteneinberufungen bei freien Kapazitäten.

Ein anderer Abteilungsvorstand wies auf die OP-Kapazität der gegenständlichen Krankenanstalt als eine limitierende Ressource hin. Maßnahmen zur Verkürzung der Wartezeit seien u.a. die Auslagerung von einfachen Bandscheiben-Eingriffen in eine Krankenanstalt außerhalb des Gesundheitsverbundes sowie die erstmalige Verkürzung der OP-Sommersperren im Jahr 2020. Zum Zeitpunkt der Einschau des Stadtrechnungshofes Wien lagen die Wartezeiten auf Bandscheiben-Operationen in der erwähnten externen Krankenanstalt bei durchschnittlich 2 Wochen.

Die 3. vom Stadtrechnungshof Wien befragte neurochirurgische Einrichtung verwies auf einen hohen Anteil (25 % - 30 %) an Akuteingriffen an dieser Abteilung. Weitere Ursachen für die Wartezeitensituation wären steigende Ambulanzfrequenzen sowie die Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der Krankenanstalt, welche ärztliche Ressourcen binden würde.

5.4 Operationen an peripheren Nerven

5.4.1 Neben den Wartezeiten auf die bereits thematisierten Bandscheiben-Operationen hat der Stadtrechnungshof Wien für die im Prüfungsersuchen genannten neurochirurgischen Eingriffe auch Operationen an peripheren Nerven näher betrachtet. Beispielhaft wurde die Leistung „*Dekompression*“ (operative Druckentlastung) des „*nervus medianus*“ (Mittelarmnerv) zur Behandlung des sogenannten Karpaltunnelsyndroms herangezogen. Im Betrachtungszeitraum wies der Gesundheitsverbund jährlich 700 bis 800 solcher Eingriffe aus, wobei vor allem die Abteilungen für Plastische Chirurgie, aber auch orthopädische und unfallchirurgische Abteilungen sowie in geringerem Ausmaß auch chirurgische Abteilungen solche Eingriffe vornahmen. Der Stadtrechnungshof Wien zog für die Darstellung der Wartezeiten das Datenmaterial der 3 Plastischen Chirurgen des Gesundheitsverbundes heran.

5.4.2 Die Einschau zeigte, dass sich in den betrachteten Abteilungen für Plastische Chirurgie die Wartezeiten auf die gegenständlichen Operationen deutlich unterschieden.

Eine Abteilung wies steigende Wartezeiten auf, die mit einer Zunahme von anderen zu operierenden Leistungen wie z.B. Tumorentfernungen begründet wurden.

Eine andere Abteilung, die einen merklichen Rückgang bei den Wartezeiten verzeichnete, begründete diese Entwicklung mit der Optimierung der OP-Planung.

Jene Abteilung, die dem Stadtrechnungshof Wien für den Betrachtungszeitraum Wartezeiten von 13 bis 15 Wochen bekannt gegeben hatte, erläuterte hiezu, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen primär für nicht elektive Operationen (z.B. bei Hauttumoren, Verbrennungen etc.) eingesetzt würden. Bei älteren Patientinnen bzw. Patienten müssten oftmals Operationen des Karpaltunnelsyndroms auch wegen interkurrierender (= hinzukommender) Erkrankungen verschoben werden.

5.5 Operationen von Aneurysmen

5.5.1 Für die im Prüfungsersuchen thematisierten Aneurysmen zog der Stadtrechnungshof Wien ursprünglich die medizinische Einzelleistung „*Clippung eines intrakraniellen Aneurysmas*“ heran. Die jährlich rd. 100 derartigen Eingriffe erfolgten hauptsächlich in 2 neurochirurgischen Einrichtungen des Gesundheitsverbundes. Da im Rahmen der Erhebung der Wartezeiten auch die kontaktierten gefäßchirurgischen Einrichtungen Wartezeiten auf die Operation von Aneurysmen (z.B. in der Aorta) bekanntgaben, wurden auch diese thematisiert.

5.5.2 Vorweg war anzumerken, dass die befragten Abteilungsvorständinnen bzw. Abteilungsvorstände darauf verwiesen, dass die individuelle Wartezeit für die Operation eines Aneurysmas vom klinischen Stadium der Erkrankung abhängig sei.

Eine neurochirurgische Einrichtung verzeichnete Wartezeiten für die Operationen von Aneurysmen in den Jahren 2017 und 2018 in einer Bandbreite von 2 bis 18 Wochen und im Jahr 2019 von 2 bis 12 Wochen.

Eine andere Abteilung für Neurochirurgie ermittelte die durchschnittliche Wartezeit auf solche Eingriffe mittels händischer Zählung für das Jahr 2019 mit 10 Wochen.

Die gefäßchirurgische Einrichtung eines Spitals führte im Betrachtungszeitraum 2017 bis 2019 Wartezeiten von 2 bis 8 Wochen auf die Operation von Aneurysmen an.

Eine weitere derartige Abteilung führte keine Wartezeiten für die Jahre 2017 bis 2019 an und begründete dies, dass aus dem eingesetzten EDV-System für die OP-Planung keine belastbaren Daten auswertbar seien. Die Wartezeiten auf die Operationen von Aneurysmen seien zu einem Stichtag im November 2020 in einer Bandbreite von 8 bis 16 Wochen gelegen.

Eine im Jahr 2019 eröffnete Abteilung für Herz- und Gefäßchirurgie meldete für den November 2020 eine Wartezeit von 4 Wochen für die Operationen von Aneurysmen.

5.5.3 Hinsichtlich der Ursachen für die Wartezeitensituation in den neurochirurgischen Abteilungen und der allfällig getroffenen Maßnahmen galten gleichermaßen die im Punkt 5.3 dargestellten Ausführungen der Abteilungsvorständinnen bzw. Abteilungsvorstände.

Von einer gefäßchirurgischen Einrichtung wurde darauf verwiesen, dass die Wartezeiten auf die gegenständlichen OP-Leistungen kurz seien. Im Übrigen seien zwischen dem Zeitpunkt der Indikationsstellung zur Operation und der Aufnahme zum OP-Termin 3 bis 4 Wochen für die Durchführung diverser Zusatzuntersuchungen notwendig.

Eine andere derartige Abteilung begründete die Wartezeiten u.a. damit, dass rd. 60 % der Eingriffe akute und dringliche Operationen seien. Auch von den rd. 40 % verbleibenden planbaren Leistungen seien viele Eingriffe zeitsensibel. In diesem Zusammenhang war anzumerken, dass sich seit November 2019 ein Projekt zur Etablierung eines Gefäßzentrums an diesem Standort in Umsetzung befand. Strategisches Ziel war es,

ein erweitertes gefäßmedizinisches Zentrum für invasive Therapien zu schaffen, um bei steigenden Fallzahlen die akute und elektive Versorgung gefäßchirurgischer Patientinnen bzw. Patienten sicherzustellen. Als Maßnahme zur Gegensteuerung von langen Wartezeiten auf Operationen war u.a. auch eine Erweiterung der elektiven OP-Kapazitäten mit Umsetzung bis Ende 2021 geplant. Durch die COVID-19-Pandemie verschärfte sich allerdings die bisherige Situation maßgeblich, da die gegenständliche Abteilung eine ihrer beiden bettenführenden Stationen für COVID-19 Patientinnen bzw. Patienten bereitzustellen hatte. Wie dazu der Abteilungsvorstand ausführte, bedingte die Reduktion der Bettenkapazität naturgemäß einen deutlichen Rückgang der operativen Leistungen an der Abteilung. Der Bettenmangel und die damit einhergehende Leistungseinschränkung hätten die Situation für die Patientinnen bzw. Patienten deutlich verschlechtert.

Schließlich führte eine weitere gefäßchirurgische Einrichtung zu den Operationen bei Aneurysmen aus, dass längere Wartezeiten z.T. durch die Maßanfertigung von komplexeren „*Stentgrafts*“ mit 6- bis 8-wöchigen Lieferzeiten bedingt seien. Generell wurde angemerkt, dass OP-Wartezeiten auch durch OP-Tisch-Sperrungen einer gewissen Schwankungsbreite unterliegen würden.

5.6 Operationen von Varizen

5.6.1 Die Thematik Operationen von Varizen wurde anhand der medizinischen Einzelleistung „*Varizen Stripping*“ näher betrachtet. Pro Jahr fanden im Gesundheitsverbund rd. 300 „*Varizen-Stripping*“-Operationen statt. Die Eingriffe wurden im Betrachtungszeitraum von gefäßchirurgischen, allgemeinchirurgischen sowie auch dermatologischen Abteilungen durchgeführt, wobei sich die nachfolgenden Ausführungen zu den Wartezeiten auf jene Einrichtungen beschränkten, die im Jahr 2019 eine größere Anzahl solcher Eingriffe vornahmen.

5.6.2 Eine gefäßchirurgische Einrichtung führte 4 bis 6 Wochen Wartezeit auf Varizen-Operationen an.

Eine andere gefäßchirurgische Einrichtung gab die Wartezeit - abhängig vom klinischen Stadium - zum Zeitpunkt der Einschau mit 2 bis 26 Wochen bekannt, da sie für den Betrachtungszeitraum die Wartezeiten nicht auswerten konnte.

In einer ehemaligen chirurgischen Einrichtung lag im Betrachtungszeitraum die durchschnittliche Wartezeit auf solche Operationen lt. einer von der Generaldirektion des Gesundheitsverbundes erstellten Auswertung bei rd. 4 Wochen.

5.6.3 Hinsichtlich der Ursachen für längere Wartezeiten war auf Punkt 5.5.3 zu verweisen.

5.7 Katarakt-Operationen

5.7.1 Katarakt-Operationen zählten mit rd. 13.000 Eingriffen im Jahr zu den am häufigsten durchgeführten Operationen im Gesundheitsverbund. Derartige Eingriffe wurden im Betrachtungszeitraum der Jahre 2017 bis 2019 in 4 medizinischen Abteilungen der Unternehmung durchgeführt und zumeist tagesklinisch abgerechnet, d.h. die stationäre Aufnahme und Entlassung erfolgte am selben Tag.

Die Katarakt-Operationen zählten ebenso zu jenen Leistungen, deren Wartezeiten vom Gesundheitsverbund publiziert wurden.

Die Wartezeiten auf Katarakt-Operationen entwickelten sich in 3 Spitälern des Gesundheitsverbundes - z.T. stark - rückläufig, in einer Krankenanstalt war ein leichter Anstieg zu verzeichnen.

5.7.2 Zu der möglich gewordenen Verkürzung der Wartezeiten führte eine medizinische Abteilung aus, dass die OP-Kapazitäten im Jahr 2018 ausgeweitet worden wären und auch eine Optimierung der Abläufe erfolgt sei.

Anzumerken war dazu, dass mit August 2018 diese Abteilung für Augenheilkunde mit jener einer anderen Krankenanstalt unter einer primärärztlichen Leitung zusammengeführt worden war. Vor diesem Hintergrund fand zum Zeitpunkt der Einschau eine

Evaluierung der jeweiligen Kapazitäten an den beiden Standorten statt, mit dem Ziel, eine weitere Reduktion der Wartezeiten herbeizuführen. Die Abteilungsvorständin gab dazu an, dass sich die Wartezeiten auf Katarakt-Operationen nunmehr in den von den Fachgesellschaften als akzeptabel betrachteten Rahmenzeiten bewegten.

Die Abteilung für Augenheilkunde einer weiteren Krankenanstalt war bemüht, kurzfristige Ausfälle von Patientinnen bzw. Patienten am Tag der geplanten Operation durch Personen, die sich auf einer „*Springerliste*“ befanden oder die am Vortag zur Voruntersuchung einberufen waren, zu kompensieren.

In einer anderen diesbezüglichen Einrichtung war die räumliche Kapazität für tagesklinische Katarakt-Operationen ausgebaut worden. Zusätzlich zur Einführung einer „*Springerliste*“ für kurzfristige Ausfälle von Patientinnen bzw. Patienten fanden vermehrt auch bilaterale Katarakt-Operationen statt.

5.8 Operationen von Hüft-Totalendoprothesen, Knie-Totalendoprothesen und Arthroskopien

5.8.1 Im Gesundheitsverbund fanden im Betrachtungszeitraum jährlich rd. 1.300 Implantationen von Hüft-Totalendoprothesen, rd. 1.200 Knie-Totalendoprothesen sowie rd. 2.000 Arthroskopien statt. Die o.a. Eingriffe wurden sowohl an den Abteilungen für Orthopädie, an solchen für Unfallchirurgie als auch an jenen für Orthopädie und Unfallchirurgie vorgenommen.

Die Fachbereiche Orthopädie und Unfallchirurgie waren im Betrachtungszeitraum sowohl in örtlicher Hinsicht als auch in der Fachbereichsstruktur Veränderungen unterworfen. So übersiedelte die orthopädische Abteilung einer Krankenanstalt nach deren Schließung Mitte des Jahres 2019 in ein anderes Spital und wurde dort als neue Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie eingerichtet. In einer anderen Krankenanstalt wurde mit 1. April 2020 die bisherige Abteilung für Orthopädie sowie die Abteilung für Unfallchirurgie mit Sporttraumatologie zu einer neuen Abteilung Orthopädie und Traumatologie zusammengelegt.

5.8.2 Die Implantationen von Knie-Totalendoprothesen und Hüft-Totalendoprothesen gehörten auch zu jenen Leistungen, für die der Gesundheitsverbund Wartezeiten auf seiner Homepage veröffentlicht hatte. Die in der Tabelle 2 ausgewiesenen Zahlen zeigen die Bandbreite der im Betrachtungszeitraum in diesem Fachbereich aufgetretenen Wartezeiten.

Für die im Prüfungsersuchen angeführte Leistung Arthroskopie wählte der Stadtrechnungshof Wien die im Gesundheitsverbund häufig vorgenommene Kniegelenksarthroskopien als Gegenstand für seine Untersuchungen aus.

Die Entwicklung der Wartezeiten auf diese Eingriffe zeigte abteilungsbezogen in den Jahren 2017 bis 2019 zumeist einen stabilen Verlauf, während zwischen den Abteilungen deutliche Unterschiede im Ausmaß bis hin zu mehreren Monaten erkennbar waren.

5.8.3 Zu den Gründen für die Wartezeitensituation bzw. zu gegebenenfalls gesetzten Maßnahmen nahmen die Abteilungen wie folgt Stellung:

Eine Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie gab bekannt, dass sie erst im Juni 2019 neugegründet wurde, und verwies zum Zeitpunkt der Befragung grundsätzlich auf allgemein steigende Wartezeiten aufgrund der COVID-19-Pandemie.

Eine weitere orthopädische Einrichtung begründete die Entwicklung der Wartezeiten für die Implantationen von Hüft-Totalendoprothesen und Knie-Totalendoprothesen mit Engpässen bei der Leistungserbringung. Im Ergebnis zeigte sich, dass als wichtigste Maßnahme zur Reduktion der Wartezeiten eine Verbesserung der Anästhesieversorgung erkannt worden war, die ab Herbst 2019 durch organisatorische Maßnahmen auch in Angriff genommen wurde.

Die Abteilung für Orthopädie eines anderen Spitals gab für Hüft-Totalendoprothesen oder Knie-Totalendoprothesen im Betrachtungszeitraum Wartezeiten von rd. 18 Wochen bekannt. Für das Jahr 2020 nannte die Abteilung deutlich kürzere Wartezeiten

und begründete diese möglich gewordenen Reduktionen mit vorgenommenen Präzisionen bei der Indikationsstellung, einer möglichst effizienten OP-Auslastung sowie einer Reduktion der Spitalsaufenthaltsdauer nach derartigen Eingriffen.

5.9 Operationen von Hernien

5.9.1 In den Jahren 2017 bis 2019 wurden im Gesundheitsverbund rd. 3.300 bis rd. 3.700 Hernien in den Chirurgischen Abteilungen operiert. Diesbezüglich ersuchte der Stadtrechnungshof Wien um Bekanntgabe der Wartezeiten auf die häufigste MEL-Leistung „*Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie -laparoskopisch*“ bei derartigen Operationen.

Die Entwicklung der Wartezeiten auf solche Eingriffe stellte sich im Betrachtungszeitraum uneinheitlich dar. So wiesen 3 chirurgische Abteilungen weitgehend konstante, 2 rückläufige und 2 weitere steigende Wartezeiten aus.

5.9.2 Eine Chirurgische Abteilung begründete die geringfügig gestiegene Entwicklung der Wartezeiten auf Operationen von Hernien auf bis zu 12 Wochen mit der schwerpunktmäßigen Ausrichtung der Abteilung auf andere chirurgische Eingriffe sowie den Frequenzanstieg bei colorectalen Operationen.

In einer anderen chirurgischen Abteilung erhöhten sich die Wartezeiten im Betrachtungszeitraum deutlich und lagen im Jahr 2019 in einer Bandbreite von 4 bis 36 Wochen. Die betreffende Abteilung begründete dies u.a. mit Personalengpässen im Anästhesiebereich, wodurch sich auch die OP-Kapazitäten für chirurgische Eingriffe verringert hätten. Zudem wäre zusätzliches ärztliches Personal in der betreffenden Abteilung erforderlich. Somit müsste auch das Ambulanzangebot den personell verfügbaren Kapazitäten entsprechend angepasst werden. Ein weiterer Aspekt wäre der hohe Anteil an akut zu versorgenden Patientinnen bzw. Patienten sowie die Schwerpunktsetzung der betreffenden Abteilung auf Tumorerkrankungen. Um dringliche Fälle rasch chirurgisch versorgen zu können, käme es mitunter zu Verschiebungen bei elektiven Eingriffen, was ebenfalls eine Erhöhung der Wartezeiten auf Eingriffe bei Hernien nach sich ziehen würde. Um diesem Anstieg entgegenzusteuern, würde die

OP-Planung zwischenzeitlich so gestaltet werden, dass elektive Eingriffe zwischen den zu operierenden Akutfällen eingeplant werden.

Eine weitere chirurgische Abteilung verwies auf grundsätzlich gleichbleibende längere Wartezeiten, die für elektive, nicht onkologische Patientinnen bzw. Patienten durch die zugeteilte OP-Kapazität bedingt seien. Zum Zeitpunkt der Vor-Ort-Einschau plante diese große chirurgische Einrichtung, mit einer ärztlichen Personalausstattung von rd. 82 VZÄ, ein eigenes OP-Planungssekretariat einzuführen. Ziel der medizinischen Leitung war es, den OP-Planungsprozess zu optimieren, um einerseits die Wartezeiten zu verkürzen sowie andererseits die mit OP-Planung gebundenen ärztlichen Zeitressourcen zielgerichteter einzusetzen.

5.10 Operationen von Schilddrüsen und Gallenblasen

5.10.1 In den Jahren 2017 bis 2019 wurden im Gesundheitsverbund zwischen rd. 1.800 und rd. 1.900 operative Eingriffe an Schilddrüsen vorgenommen. Bei der Erhebung der Wartezeiten konzentrierte sich der Stadtrechnungshof Wien auf die MEL-Leistung „*Totale Thyreoidektomie*“, die in diesem Zeitraum mit rd. 50 % am häufigsten codiert worden war.

Im Betrachtungszeitraum verzeichneten 4 Krankenanstalten konstant bleibende Wartezeiten von bis zu 8 Wochen, in einem Spital stiegen hingegen die Wartezeiten auf Operationen der Schilddrüse von 8 auf 11 Wochen an. Die betroffene medizinische Abteilung kommentierte diese Entwicklung mit der Zusammenlegung der beiden chirurgischen Abteilungen der gegenständlichen Krankenanstalt im April 2018. Zudem würde es auch aufgrund des Bekanntheitsgrades und der Spezialisierung der Abteilung auf derartige Operationen zu einer Erhöhung des Patientinnen- bzw. Patientenaufkommens kommen, was indirekt Auswirkungen auf die Wartezeiten habe.

Hinsichtlich der Wartezeiten in einer weiteren Krankenanstalt von 1 Woche bis zu 24 Wochen im Jahr 2019 wird auf die Ausführungen im Punkt 5.9.2 verwiesen.

5.10.2 Mehrere chirurgische Abteilungen übermittelten auch Wartezeiten auf Cholezystektomien. Insgesamt wurden im Gesundheitsverbund jährlich rd. 2.300 derartige chirurgische Eingriffe vorgenommen.

Auch bei diesen Operationen zeigte sich, dass die einzelnen leistungserbringenden Abteilungen des Gesundheitsverbundes unterschiedlich lange Wartezeiten aufwiesen. Für das Jahr 2019 lagen diese beispielsweise in einer Krankenanstalt bei durchschnittlich rd. 4 Wochen und in einer anderen bei durchschnittlich rd. 8 Wochen.

5.11 Feststellungen und Empfehlungen

5.11.1 Die Planung von OP-Terminen war im Gesundheitsverbund EDV-unterstützt vorzunehmen. Insofern sollten daher Auswertungen zu Wartezeiten auf Operationen für die im Prüfungsersuchen angefragten Leistungen rasch und effizient in automatisierter Form möglich sein.

Die Prüfung zeigte allerdings eine Reihe von Problematiken auf, die für den Betrachtungszeitraum der Jahre 2017 bis 2019 automatisierte und plausible Auswertungen in mehreren der betrachteten medizinischen Abteilungen nicht zuließen.

Aufgrund der Fülle der Datenmenge an dokumentierten Leistungen hatte der Gesundheitsverbund im Einvernehmen mit der MA 01 - Wien Digital eine dislozierte Führung des OP-Planungssystems je Krankenanstalt bevorzugt. Dadurch waren jedoch unternehmensweite Datenauswertungen, mit welchen ein Vergleich von Wartezeiten bei bestimmten medizinischen Leistungen zwischen den Krankenanstalten der Wiener Städtischen Krankenhäuser auf OP-Termine angestellt hätte werden können, nicht möglich. Ebenso zeigte die Prüfung Probleme bei der Datenqualität sowie den standardmäßig im OP-Planungssystem eingepflegten Auswertemöglichkeiten. Zudem waren die eingeschränkten Auswerteberechtigungen der Mitarbeitenden bei der Abfrage der Standardreports hinderlich, sodass diese in manchen Fällen nur mithilfe der MA 01 - Wien Digital oder jenes EDV-Unternehmens, welches die gegenständliche Software vertrieb, durchgeführt werden konnten.

Nachdem das im Gesundheitsverbund eingesetzte OP-Planungstool in den einzelnen Krankenanstalten der Wiener Städtischen Krankenhäuser über jeweils unterschiedliche Merkmale verfügte, konnte in der Praxis u.a. ein und dieselbe medizinische Leistung von den Spitälern im LKF unterschiedlich codiert werden.

Es wurde daher empfohlen, das in den Wiener Städtischen Krankenhäusern im Betrieb stehende elektronische OP-Planungstool dahingehend zu adaptieren, dass künftig entsprechende übergreifende Auswertungen zu den Wartezeiten auf operative und invasiv diagnostische Leistungen in valider Qualität über alle Wiener Städtischen Krankenhäuser verfügbar sind. Dazu wären auch die unterschiedlichen Leistungskataloge für derartige Eingriffe in den Wiener Städtischen Krankenhäusern zu vereinheitlichen.

Des Weiteren stellte der Stadtrechnungshof Wien Optimierungsbedarf bei den diesbezüglichen Abfrageberechtigungen fest. So verfügten einerseits manche Mitarbeitende, die mit der Thematik der Wartezeiten befasst waren, über keine Berechtigungen oder nur solche über Teilbereiche, andererseits waren vorhandene Abfrageberechtigungen im Gesundheitsverbund z.T. nicht bekannt bzw. wurden nicht genutzt.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl daher der Generaldirektion, die Berechtigungssysteme zu den eingesetzten OP-Planungssystemen periodisch zu evaluieren sowie eine zentrale Userverwaltung einzurichten.

5.11.2 Die Erhebungen zu den Wartezeiten auf Operationen ergaben für den Betrachtungszeitraum der Jahre 2017 bis 2019 ein differenziertes Bild. So wies die Mehrzahl der medizinischen Abteilungen bei den in die Einschau einbezogenen Leistungen im Zeitverlauf gleichbleibende oder sinkende Wartezeiten auf. Bei einigen medizinischen Abteilungen waren hingegen steigende Wartezeiten auf OP-Termine festzustellen.

Die Einschau zeigte weiters, dass die Wartezeiten auf ein und dieselbe Leistung in den verschiedenen medizinischen Einrichtungen des Gesundheitsverbundes bemerkenswerte Bandbreiten aufwiesen. Diese Unterschiede konnten z.T. viele Wochen ausma-

chen. Eine Lenkung der Patientinnen- bzw. Patientenströme, um derartige Entwicklungen bei den Wartezeiten auf medizinische Eingriffe unternehmungsweit auszugleichen, war im Betrachtungszeitraum im Gesundheitsverbund grundsätzlich nicht vorgesehen.

Vor dem Hintergrund, dass kurze Wartezeiten auf OP-Termine im Regelfall zu einer höheren Patientinnen- bzw. Patientenzufriedenheit beitragen, empfahl der Stadtrechnungshof Wien, Steuerungsmechanismen zu etablieren, die einen verbundweiten Ausgleich von unterschiedlich langen Wartezeiten ermöglichen.

5.11.3 Auftretende lange bzw. längere Wartezeiten waren auf unterschiedlichste Ursachen zurückzuführen. Vielfach verwiesen Abteilungsvorständinnen bzw. Abteilungsvorstände auf fehlende OP-Kapazitäten bzw. Personalressourcen, insbesondere im Bereich der Anästhesie. Längere Wartezeiten auf planbare Operationen wurden an manchen Abteilungen auch mit einem sehr hohen Anteil an zu versorgenden Akutpatientinnen bzw. Akutpatienten begründet. Die Abteilungen für Neurochirurgie verwiesen wiederum darauf, dass dieses Sonderfach österreichweit nur an wenigen Standorten angeboten wurde. Ebenso führten einzelne Abteilungsvorständinnen bzw. Abteilungsvorstände auch die mangelnde Verfügbarkeit von Intensivbetten oder Intermediate Care Betten als eine Ursache für Wartezeiten an.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl dem Gesundheitsverbund, die Wartezeiten auf häufig erbrachte elektive Eingriffe regelmäßig zu überwachen, um so bei steigenden Wartezeiten frühzeitig deren Ursachen erkennen und Gegensteuerungsmaßnahmen einleiten zu können.

5.11.4 Sofern längere Wartezeiten auf OP-Termine auftraten, lag es in erster Linie an den Abteilungsvorständinnen bzw. Abteilungsvorständen, gemeinsam mit der jeweiligen Ärztlichen Direktion Maßnahmen zu setzen. Dazu zählte beispielsweise die Reduktion der Belagstage oder die Ausweitung der OP-Kapazitäten der betreffenden medizinischen Abteilung. Weitere Maßnahmen zur Verkürzung von Wartezeiten wa-

ren die Verbesserung von Abläufen sowie die Optimierung des OP-Betriebes. Schließlich waren in diesem Zusammenhang auch die vom Vorstand des Gesundheitsverbundes in Auftrag gegebenen Lean Management Projekte für eine Reihe von medizinischen Abteilungen zu nennen, die der Verbesserung der Abläufe und der Organisation der medizinischen Leistungserbringung dienen, mittelbar aber auch Einfluss auf die Wartezeiten auf Operationen nehmen konnten. Anzumerken war hierzu, dass die Lean Management Projekte des Gesundheitsverbundes im Berichtsteil 2 zum gegenständlichen Prüfungsersuchen noch näher behandelt werden.

Insgesamt vermisste der Stadtrechnungshof Wien zur Thematik Wartezeiten auf Operationen strategische Festlegungen des Gesundheitsverbundes, welche Richtwerte für nicht dringliche, elektive Leistungen einzuhalten sind bzw. anzustreben wären, weshalb empfohlen wurde, verbundweite geltende Zielwerte für häufig erbrachte Leistungen zu definieren.

6. OP-Management und Auslastung der OP-Säle

Einleitend war zu den nachstehenden Ausführungen festzuhalten, dass in Krankenanstalten die Erbringung von Operationsleistungen aufgrund des damit verbundenen hohen Personalbedarfes und der notwendigen technischen Ausstattung einen der kostenintensivsten Bereiche darstellt. Der Prozess, den eine Patientin bzw. ein Patient im Zuge eines solchen medizinischen Eingriffes durchläuft, ist von einer Vielzahl von Schnittstellen sowie aufeinanderfolgenden und ineinandergreifenden Abläufen geprägt, in die unterschiedliche Berufsgruppen von Spitalsmitarbeitenden eingebunden sind. Zudem sind im Zusammenhang mit der Erbringung derartiger Leistungen nicht nur die baulichen Rahmenbedingungen, sondern auch die Verfügbarkeit von Betten etwa in Intensivstationen zu berücksichtigen. Somit stellt sich die Thematik des OP-Managements höchst komplex und facettenreich dar, wobei der Stadtrechnungshof Wien den Fokus seiner Betrachtungen auf ausgewählte Aspekte dieses Bereiches legte.

Anzumerken war in diesem Zusammenhang auch, dass die Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes im Betrachtungszeitraum unterschiedliche bauliche Rahmenbedingungen aufwiesen. Einige waren in der früher üblichen Pavillon-Verbundbauweise errichtet worden, während andere als Zentralbau konzipiert waren. Dies hatte u.a. auch zur Folge, dass die OP-Bereiche eines Zentralbaues zueinander eine örtliche Nähe aufwiesen, wohingegen die OP-Säle in Pavillonbauten zumeist dezentral situiert und z.T. als autarke Einheiten weitläufig voneinander getrennt waren.

6.1 Vorgaben der Generaldirektion der Unternehmung

Im Betrachtungszeitraum schloss die Generaldirektion des Gesundheitsverbundes mit den Wiener Städtischen Krankenhäusern jährlich Zielvereinbarungen ab. Die getroffenen Vereinbarungen basierten auf den vom Wiener Gemeinderat für den Gesundheitsverbund definierten strategischen Zielen. Diese umfassten neben den budgetären Rahmenbedingungen auch Festlegungen zu den operativen Zielen und laufenden Evaluierungen. Die mit den einzelnen Krankenanstalten getroffenen Zielvereinbarungen betrafen Maßnahmen bzw. Projekte zur Erreichung der unternehmensweiten Ziele des Gesundheitsverbundes. So waren im Jahr 2019 u.a. auch Festlegungen hinsichtlich der Anzahl bestimmter, von der jeweiligen Krankenanstalt zu erbringender, medizinischer Einzelleistungen enthalten.

Basierend auf den zwischen der Generaldirektion und den Wiener Städtischen Krankenhäusern abgeschlossenen Zielvereinbarungen erstellten letztgenannte Zielvereinbarungen mit den einzelnen medizinischen Abteilungen. Festzuhalten war, dass aus den für die Jahre 2017 bis 2019 abgeschlossenen Zielvereinbarungen keine Festlegungen bzw. Zielwerte in Bezug auf die Auslastung von OP-Sälen entnommen werden konnten.

6.2 Regelungen zum perioperativen Management in den Wiener Städtischen Krankenhäusern

Mit dem im Punkt 4.1.1 bereits erwähnten OP-Rahmenstatut verfügten die Wiener Städtischen Krankenhäuser über eine zentrale Vorgabe der Generaldirektion für das

perioperative Management aller in OP-Sälen und Eingriffsräumen erbrachten medizinischen Leistungen. Das OP-Rahmenstatut regelte insbesondere die Standardisierung der Prozessabläufe im OP-Bereich und verpflichtete die gegenständlichen Krankenanstalten zur Erstellung von OP-Statuten. Diese hatten einerseits den Vorgaben des Rahmenstatuts zu entsprechen und andererseits auf die jeweiligen anstaltsbezogenen organisatorischen Gegebenheiten Bedacht zu nehmen.

Ziele des Rahmenstatuts waren neben der Gewährleistung der Sicherheit der Patientinnen bzw. Patienten die effiziente Ausnutzung der vorhandenen OP-Kapazitäten sowie die Nachvollziehbarkeit der operativen Eingriffe durch eine lückenlose Dokumentation.

6.2.1 Gemäß dem Rahmenstatut waren in den einzelnen Krankenanstalten OP-Managerinnen bzw. OP-Manager für die strategische und strukturelle OP-Planung sowie für die Evaluierung des Einsatzes von Ressourcen verantwortlich und hatten damit die abteilungsübergreifende organisatorische Gesamtverantwortung mit daraus begründeter Weisungsbefugnis gegenüber allen am OP-Ablauf beteiligten Personen.

6.2.2 Darüber hinaus waren in den Wiener Städtischen Krankenhäusern Vorgaben hinsichtlich der Regelbetriebszeiten in den OP-Sälen und der jeweiligen OP-Kontingente zu treffen. Diesbezüglich war festzulegen, an welchen Wochentagen und zu welchen Zeiten den einzelnen medizinischen Abteilungen jeweils die OP-Säle zur Vornahme planbarer medizinischer Eingriffe zur Verfügung standen. Die medizinischen Abteilungen hatten die von ihnen vorzunehmenden elektiven Operationen und Eingriffe unter Anästhesiebegleitung innerhalb der zugewiesenen OP-Kontingenzzeiten einzuplanen.

Die OP-Statute der einzelnen Krankenanstalten regelten insgesamt die organisatorischen Prozesse, die mit operativen Eingriffen in Zusammenhang standen, beginnend mit der Planung und Terminisierung der Operationen bis hin zur Verlegung der Patientinnen bzw. Patienten aus dem OP-Bereich. Die konkreten Planungsprozesse auf Ebene der medizinischen Fachabteilungen waren unterschiedlich ausgestaltet, wobei

im Rahmenstatut der Generaldirektion wesentliche Grundsätze festgelegt waren. So musste für jeden Eingriff neben den Patientinnen- bzw. Patientendaten beispielsweise die Diagnose, der MEL-Code des geplanten Eingriffes sowie die voraussichtliche Operationsdauer und die Dringlichkeitsstufe hinterlegt werden.

Die OP-Planungen für den Folgetag waren täglich zu bestimmten vorgegebenen Zeiten abzuschließen. Bei ungeplanten Änderungen - beispielsweise durch kurzfristiges Absetzen von Operationen oder Einschleusen zusätzlicher Akut-Eingriffe - waren die hausinternen Abläufe und Kommunikationswege vordefiniert. Bei nicht erfolgten Operationen waren die jeweils zutreffenden Stornierungsgründe zu dokumentieren, um diese EDV-unterstützt analysieren zu können.

6.2.3 Die Dokumentation sämtlicher medizinischer Eingriffe in OP-Sälen hatte vollständig und lückenlos EDV-unterstützt zu erfolgen, um den gesamten Operationsablauf nachvollziehbar zu gestalten. Dabei waren insbesondere vordefinierte Zeitmarken zu setzen. Diese reichten von der Einschleusung der Patientin bzw. des Patienten in den OP-Bereich, dem Beginn der Anästhesie, dem Zeitpunkt des ersten Hautschnittes und der letzten Naht bis hin zur Ausschleusung aus dem OP-Bereich. Diese Zeitmarken dienten als Datenbasis für das gemäß dem Rahmenstatut durchzuführende Monitoring bestimmter Kennzahlen.

Wesentliche OP-Kennzahlen stellten u.a. die OP-Kontingenzzeiten, die tatsächlich für Operationen genutzten Betriebszeiten, die daraus resultierenden Auslastungszahlen sowie die Anzahl der plangemäß durchgeführten Operationen dar.

6.2.4 Diese Kennzahlen waren neben der Leistungsbilanz im Rahmen halbjährlich von den OP-Managerinnen bzw. OP-Managern zu organisierenden OP-Konferenzen abteilungsbezogen darzustellen und in weiterer Folge den Kollegialen Führungen zu übermitteln.

Weitere verpflichtende Themenstellungen in diesen Konferenzen umfassten die Evaluierung der OP-Kontingente sowie die Weiterentwicklung der anstaltseigenen Statute, wobei in den Konferenzen alle betroffenen Fachabteilungen sowie Berufsgruppen einzubinden waren.

6.3 Umsetzung der Regelungen in den Wiener Städtischen Krankenhäusern

6.3.1 Wie die Einschau des Stadtrechnungshofes Wien in die OP-Statute der Wiener Städtischen Krankenhäuser ergab, lagen diese flächendeckend - jedoch in unterschiedlicher Ausprägung - vor. Einige Krankenanstalten verfügten über anstaltsweite OP-Statute, während in anderen Spitälern nur Abteilungsstatute vorlagen. Die Mehrzahl der Krankenanstalten nahm periodisch Evaluierungen und Anpassungen der OP-Statute vor. Demgegenüber waren die OP-Statute in 2 Anstalten seit Jahren keiner Evaluierung unterzogen worden.

6.3.2 Ein Vergleich der OP-Statute der Wiener Städtischen Krankenhäuser zeigte, dass die für den OP-Betrieb erforderlichen Rollen und die damit verbundenen Aufgaben flächendeckend definiert waren. Die Planungsverantwortlichkeit auf Ebene der medizinischen Abteilungen oblag größtenteils Abteilungs Koordinatorinnen bzw. Abteilungs Koordinatoren, wobei diese Aufgabe vielfach die Abteilungsleitungen oder Oberärztinnen bzw. Oberärzte wahrnahmen.

Den OP-Managerinnen bzw. OP-Managern kam gemäß dem verbundweiten Rahmenstatut eine wesentliche Bedeutung im OP-Management in den Wiener Städtischen Krankenhäusern zu. Die Hauptaufgaben dieser Mitarbeitenden lagen in der effizienzorientierten Organisation der Leistungsprozesse sowie in der Etablierung eines validen, zeitnahen und verständlichen bzw. nachvollziehbaren Berichtswesens auf Basis aussagekräftiger Kennzahlen. Auch in der Fachliteratur wird dieser Funktion eine zentrale Rolle zur effizienten medizinischen Leistungserstellung bzw. intraoperativen Ressourcennutzung zugeschrieben.

Die Einschau des Stadtrechnungshofes Wien in Bezug auf die Position der OP-Managerin bzw. des OP-Managers ergab, dass die Umsetzung und konkrete Ausgestaltung in den einzelnen Krankenanstalten unterschiedlich ausgeprägt war. Grundsätzlich war diese der jeweiligen ärztlichen Direktion unterstellte Position mit ärztlichem Personal besetzt.

Zum Teil wurden die mit dem OP-Management verbundenen Aufgabenstellungen von in den Abteilungen für Anästhesie tätigen Ärztinnen bzw. Ärzten wahrgenommen. Anzumerken war, dass das für die Aufgabenerfüllung im Rahmen des OP-Managements aufgewendete Stundenausmaß weder - etwa in den Stellenbeschreibungen - definiert noch auswertbar war.

Demgegenüber wurde in einer Krankenanstalt ein eigener ärztlicher Dienstposten zur Erfüllung der umfangreichen Aufgaben der OP-Managerin bzw. des OP-Managers vorgehalten. Zum Zeitpunkt der Einschau im Herbst 2020 war in einer weiteren Anstalt ein Dienstposten für die Wahrnehmung der Agenden des OP-Managements ausgeschrieben.

In 2 Anstalten waren keine Mitarbeitenden explizit mit der gegenständlichen Funktion betraut worden.

6.3.3 Wie im Punkt 6.2.2 angeführt, waren in den jeweiligen OP-Statuten der Wiener Städtischen Krankenhäuser u.a. die Betriebszeiten der OP-Bereiche sowie die den medizinischen Abteilungen zur Verfügung stehenden OP-Kontingente festzulegen.

Die Einschau des Stadtrechnungshofes Wien zeigte eine flächendeckende Umsetzung dieser Vorgabe, wobei allerdings die Darstellung der OP-Säle, der Betriebszeiten und der OP-Kontingente in unterschiedlicher Form erfolgte. Eine direkte Vergleichbarkeit war somit nicht gegeben.

Weiters ergab die Prüfung auch bzgl. der halbjährlich abzuhaltenden OP-Konferenzen ein uneinheitliches Bild. Diese wurden in 5 Krankenanstalten grundsätzlich periodisch

abgehalten und entsprechende Dokumentationen verfasst, wobei in 2 Anstalten die vorgesehenen Intervalle deutlich überschritten wurden. In den übrigen beiden Krankenanstalten wurde von einer regelmäßigen Abhaltung von OP-Konferenzen Abstand genommen. Begründet wurde dies mit einer dezentralen Struktur des OP-Bereiches, womit die einzelnen OP-Säle jeweils nur von einer bestimmten operierenden Fachrichtung verwendet wurden.

Darüber hinaus zeigte sich, dass nicht nur in Bezug auf die Häufigkeit der OP-Konferenzen, sondern auch bei der Umsetzung der im Rahmenstatut vorgegebenen Mindestinhalte insbesondere hinsichtlich der Kennzahlen aus den OP-Bereichen eine unterschiedliche Vorgehensweise in den Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes erkennbar war.

In 3 Krankenanstalten erfolgte die Überprüfung der vorgesehenen Kennzahlen regelmäßig und es wurden auch entsprechende Dokumentationen erstellt; ebenso nutzten diese die OP-Konferenzen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung des OP-Betriebes und zum fachlichen Austausch.

Demgegenüber war in weiteren 3 Einrichtungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser im Betrachtungszeitraum das Monitoring sowie die geforderte Dokumentation - aufgrund der unregelmäßigen Abhaltung der OP-Konferenzen bzw. infolge deren Entfalles - unterblieben.

In einer Krankenanstalt wurden die OP-Konferenzen zwar regelmäßig abgehalten, allerdings ohne die OP-Kennzahlen in diesem Rahmen zu besprechen.

Die verpflichtende Übermittlung der Protokolle der OP-Konferenzen an die jeweilige Kollegiale Führung zeigte ein ähnlich uneinheitliches Bild. In diesem Zusammenhang war allerdings auch darauf hinzuweisen, dass den Wiener Städtischen Krankenhäusern erst ab Ende des Jahres 2019 ein EDV-unterstützter standardisierter Statistikbericht zur praktikablen Ermittlung wesentlicher OP-Kennzahlen zur Verfügung stand. Dieser

Statistikbericht enthielt u.a. die den einzelnen medizinischen Abteilungen für Operationen insgesamt zur Verfügung stehenden Zeiten (OP-Kontingente), die Zeiten, in denen operiert wurde (die Zeitmarken „*Patient im OP*“ - „*Patient aus dem OP*“) sowie die anhand dieser Zeiten errechneten Auslastungszahlen.

Schließlich war festzuhalten, dass mit der Einführung der im Punkt 4.3.1 beschriebenen OP-Planungstools vordefinierte Zeitmarken verpflichtend zu setzen waren, welche die Datenbasis für das regelmäßig durchzuführende Kennzahlen-Monitoring darstellten. Anzumerken war dazu, dass in einer Krankenanstalt das OP-Planungstool erst beginnend mit dem Jahr 2017 zum Einsatz kam und danach in den dortigen einzelnen medizinischen Abteilungen sukzessive implementiert wurde.

6.4 Regelungen zum perioperativen Management in der Teilunternehmung Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus und deren Umsetzung

6.4.1 Auch das Allgemeine Krankenhaus verfügte über ein eigenes verbindliches OP-Statut, das - in Analogie zum geltenden Rahmenstatut der Generaldirektion für die Wiener Städtischen Krankenhäuser - die organisatorischen Prozesse, die im unmittelbaren Zusammenhang mit operativen Eingriffen an Patientinnen bzw. Patienten standen, abbildete. Die diesbezüglichen Prozesse waren im Rahmen der Gesamtzertifizierung des Allgemeinen Krankenhauses nach ISO 9001 erstellt worden und bildeten den Rahmen für das Qualitätsmanagement.

6.4.2 Gemäß dem Organisationshandbuch des Allgemeinen Krankenhauses verfügte dieses über ein eigenes OP-Management, das direkt der Leitung der Teilunternehmung unterstellt war und diese bei der Umsetzung von Vorgaben für die Anästhesie- und OP-Bereiche unterstützte.

Wie die Erhebungen des Stadtrechnungshofes Wien zeigten, bestand das OP-Management des Allgemeinen Krankenhauses aus 2 ärztlichen Mitgliedern und 1 Mitglied aus dem Pflegebereich. Das ärztliche Personal des OP-Managements war schwerpunktmäßig für die strategische Ausrichtung verantwortlich. Deren Aufgaben

umfassten die mittel- und langfristige strukturelle Ausrichtung der OP-Bereiche und den Abschluss von Umsetzungsvereinbarungen mit den Leitungen der einzelnen medizinischen Abteilungen.

Dem Mitglied des OP-Managements aus dem Pflegebereich oblag die operative Umsetzung der strategischen Zielvorgaben. Diese Aufgaben umfassten u.a. die strukturelle Weiterentwicklung der Organisation entsprechend der Umsetzungsvereinbarungen, die Koordination der Sperrung von OP-Tischen sowie die Erstellung des Berichtswesens.

Des Weiteren hatte das OP-Management als Ansprechpartner für alle strategischen und organisatorischen Belange der OP-Bereiche und Eingriffsbereiche jährlich Zielvereinbarungen mit dem sogenannten Managementboard, bestehend aus der Leitung des Allgemeinen Krankenhauses und dem Rektorat der Medizinischen Universität Wien, abzuschließen. Über die Umsetzung der gesetzten Ziele war jährlich ein Report „*Steuerungssystem und Bewertung*“ zu erstellen und an das direkt vorgesetzte Managementboard zu berichten.

6.4.3 Gemäß den vorgelegten Protokollen führte das Managementboard des Allgemeinen Krankenhauses Zielvereinbarungsgespräche mit dem OP-Management durch. Die im Rahmen dieser Gespräche vereinbarten strategischen, betriebsorganisatorischen sowie personellen Ziele fanden Eingang in das Qualitätsprogramm des Allgemeinen Krankenhauses und das damit verbundene jährliche Reporting „*Steuerungssystem und Bewertung*“ an das Managementboard.

Auf Basis dieser Zielvereinbarungsgespräche wurden die nachfolgend angeführten Ziele vereinbart und deren Umsetzungsgrad dargestellt:

- Eine wesentliche strategische Zielsetzung betraf die Ausweitung der Regelbetriebszeiten in den OP-Sälen des Allgemeinen Krankenhauses von Montag bis Freitag auf 7.00 Uhr bis 20.00 Uhr. Dadurch sollte eine Reduktion vermeidbarer Operationen

außerhalb der erweiterten Kernarbeitszeit erreicht werden. Diese Vorgabe des Managementboards des Allgemeinen Krankenhauses erfolgte in Anlehnung an das im Masterplan 2030 beschriebene Betriebszeitenmodell.

Zum Ende der Einschau des Stadtrechnungshofes Wien näherte sich das Allgemeine Krankenhaus mit erweiterten Betriebszeiten dieser Vorgabe an (s. Punkt 6.5.2.2).

- Mit der vollflächigen Ausrollung eines EDV-Programmes sollte ein einheitliches Dokumentationssystem für den gesamten perioperativen Prozess vorliegen. Diesbezügliche Ziele waren die Erhöhung der Dokumentationsqualität sowie der Aufbau eines Berichtswesens.

Zum Zeitpunkt der Einschau war die elektronische Teamdokumentation umgesetzt, eine Komplettausrollung des EDV-Programmes stand im OP-Bereich noch aus.

- Ebenso war im Allgemeinen Krankenhaus geplant, ein von allen Universitätskliniken akzeptiertes EDV-unterstütztes Kennzahlensystem zu etablieren, das die Grundlage für die künftige Zuteilung von OP-Kapazitäten bzw. für etwaige Adaptierungen der OP-Saalzuteilungen entsprechend der jeweiligen Auslastung bilden sollte. Dabei war ein regelmäßiges Reporting betreffend die Gesamtorganisation, die Abteilungsorganisation sowie in Bezug auf die in einzelnen baulichen Einheiten lokalisierten OP-Gruppen vorgesehen.

Wie die Einschau diesbezüglich ergab, lagen hierfür die EDV-technischen Voraussetzungen seit dem Beginn des Jahres 2020 vor. Für die erarbeiteten Kennzahlen war eine laufende Weiterentwicklung vorgesehen.

- Schließlich war auch ein Meldesystem für Sperren von OP-Tischen zu etablieren, das ein entsprechendes Monitoring ermöglichen sollte.

Dazu erhob der Stadtrechnungshof Wien anhand der ihm vorgelegten Auswertungen, dass die Sperren von OP-Tischen inkl. der dafür vorliegenden Gründe ab dem

Jahr 2019 systematisch EDV-unterstützt erfasst wurden. Auswertungen etwa zur Auslastung der OP-Bereiche konnten zum Zeitpunkt der Einschau rückwirkend ab dem Jahr 2017 erstellt werden.

6.4.4 Vergleichbar mit den Aufgaben der Abteilungskordinatorinnen bzw. Abteilungskordinatoren in den medizinischen Abteilungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser verfügten auch die Universitätskliniken des Allgemeinen Krankenhauses über sogenannte OP-Koordinatorinnen bzw. OP-Koordinatoren. Deren Tätigkeiten waren im Dokument „*Organisationsregeln OP-Koordinatoren*“ verschriftlicht.

Wie die Einschau in die Zielvereinbarungsgespräche zeigte, war im Betrachtungszeitraum der Einsatz von 2 weiteren OP-Koordinatorinnen bzw. OP-Koordinatoren geplant. Dem diesbezüglich vorgelegten Roll-Out Konzept konnte entnommen werden, dass die benötigten Planstellen bereits geschaffen, die Besetzungen jedoch noch nicht erfolgt waren. Anzumerken war, dass während der Prüfung des Stadtrechnungshofes Wien zusätzlich noch ein weiterer derartiger Dienstposten vakant wurde.

Je nach OP-Gruppenzuteilung hatten die in dieser Funktion dem OP-Management unterstellten Mitarbeitenden die tagesaktuelle Ablauforganisation, die OP-Planfreigabe sowie allenfalls notwendige Abklärungen vorzunehmen. Die Tätigkeit der OP-Koordinatorinnen bzw. OP-Koordinatoren zielte insbesondere auf die effiziente Nutzung der räumlichen Kapazitäten und die Einhaltung der Betriebszeiten ab, wobei eine gruppenübergreifende Organisation von OP-Kapazitäten erwünscht war. Die Leitungen der jeweiligen chirurgischen Fachbereiche waren für die ihnen jeweils zugeordneten Ressourcen an OP-Tischen planungsverantwortlich.

Ziel war es, das OP-Programm innerhalb der Regelbetriebszeiten abzuwickeln und eine optimale Auslastung der OP-Säle im Allgemeinen Krankenhaus zu gewährleisten. Die Planung des OP-Betriebes und die OP-Leistungsdokumentation hatte ausschließlich EDV-unterstützt zu erfolgen.

6.4.5 Hinsichtlich der OP-Kapazitäten verfügte das Allgemeine Krankenhaus über eine schematische nach Organisationseinheiten gegliederte Darstellung der OP-Bereiche und Aufwachbereiche, die gleichzeitig Auskunft über die Regelbetriebszeiten der einzelnen Säle gab. Zusätzlich wurden auch dislozierte medizinische Bereiche dargestellt, in denen eine Anästhesiebetreuung vorgesehen war.

6.4.6 Im Betrachtungszeitraum der Jahre 2017 bis 2019 wurden im Allgemeinen Krankenhaus jeweils 3-mal jährlich als „*Vollversammlung*“ bezeichnete OP-Konferenzen abgehalten.

Die im Rahmen der „*Vollversammlung*“ besprochenen Themenstellungen reichten über die Kapazitätsplanungen und vorzunehmende Tischsperrungen hinaus. So wurden auch mögliche Effizienzsteigerungen in bestimmten OP-Gruppen, die Implementierung des EDV-Programmes sowie Statuserhebungen hinsichtlich des diesbezüglichen Umsetzungsstandes thematisiert. Ebenso wurden in diesem Rahmen die Zielvereinbarungsgespräche mit dem Managementboard sowie die Aktualisierung des OP-Statuts besprochen. Darüber hinaus enthielten die Protokolle zu den „*Vollversammlungen*“ auch eine Präsentation der vorliegenden OP-relevanten Kennzahlen sowie Ausführungen zu dem geplanten Ausbau des EDV-unterstützten einheitlichen Kennzahlensystems für den OP-Bereich.

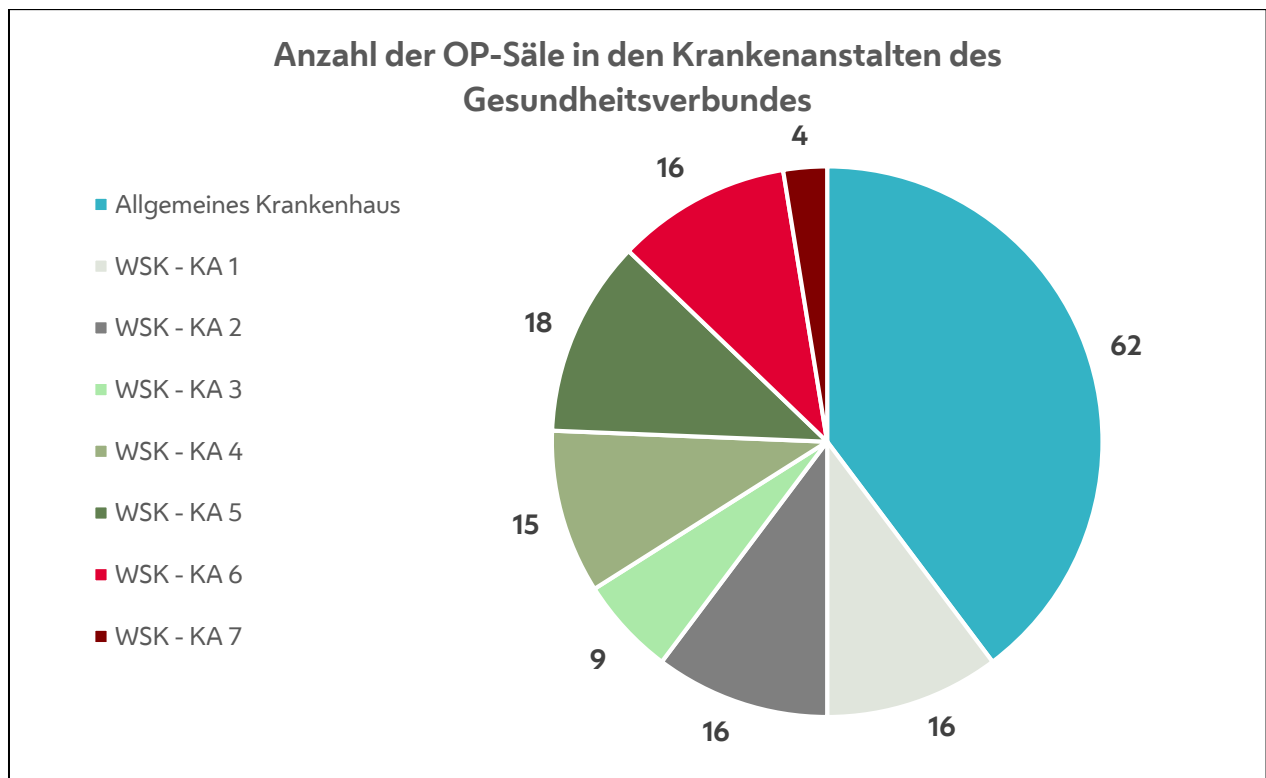
6.5 Raumkapazitäten und Regelbetriebszeiten zur Erbringung von OP-Leistungen

In einem nächsten Prüfungsschritt erhob der Stadtrechnungshof Wien, in welchem Umfang und zu welchen Regelbetriebszeiten der Gesundheitsverbund Kapazitäten für die Erbringung von OP-Leistungen vorhielt. Dabei zeigte sich, dass dem Stadtrechnungshof Wien keine verbundweiten Auswertungen vorgelegt werden konnten. In Ermangelung vorhandener Unterlagen über die in den einzelnen Krankenanstalten im Betrachtungszeitraum regelmäßig genutzten OP-Säle und deren geplanten Regelbetriebszeiten erhob der Stadtrechnungshof Wien in den Wiener Städtischen Krankenhäusern für die Tage Montag bis Freitag einer repräsentativen Woche im Jahr 2019 die

gegenständlichen Daten. Demgegenüber gab im Allgemeinen Krankenhaus eine detaillierte Unterlage des OP-Managements Auskunft über die diesbezüglichen Informationen.

6.5.1 Nachfolgend wurden die vom Gesundheitsverbund genannten OP-Räumlichkeiten, die für elektive Operationen genutzt wurden, dargestellt. Anhand der Abbildung ist ersichtlich, in wie vielen OP-Sälen zum Ende des Jahres 2019 in den einzelnen Anstalten der Wiener Städtischen Krankenhäuser sowie im Allgemeinen Krankenhaus OP-Leistungen erbracht wurden:

Abbildung 3: Anzahl der OP-Säle in den Krankenanstalten der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund



Quelle: Daten des Gesundheitsverbundes, Darstellung: Stadtrechnungshof Wien

Ende des Jahres 2019 wurden im Gesundheitsverbund insgesamt 156 OP-Säle regelmäßig genutzt, wovon sich 62 (d.s. rd. 40 % aller OP-Säle der Unternehmung) im Allgemeinen Krankenhaus befanden. Insgesamt 129 OP-Säle (d.s. rd. 83 %) waren in zentralen Organisationseinheiten (sogenannte Zentral-OPs) situiert. Zentral-OPs waren

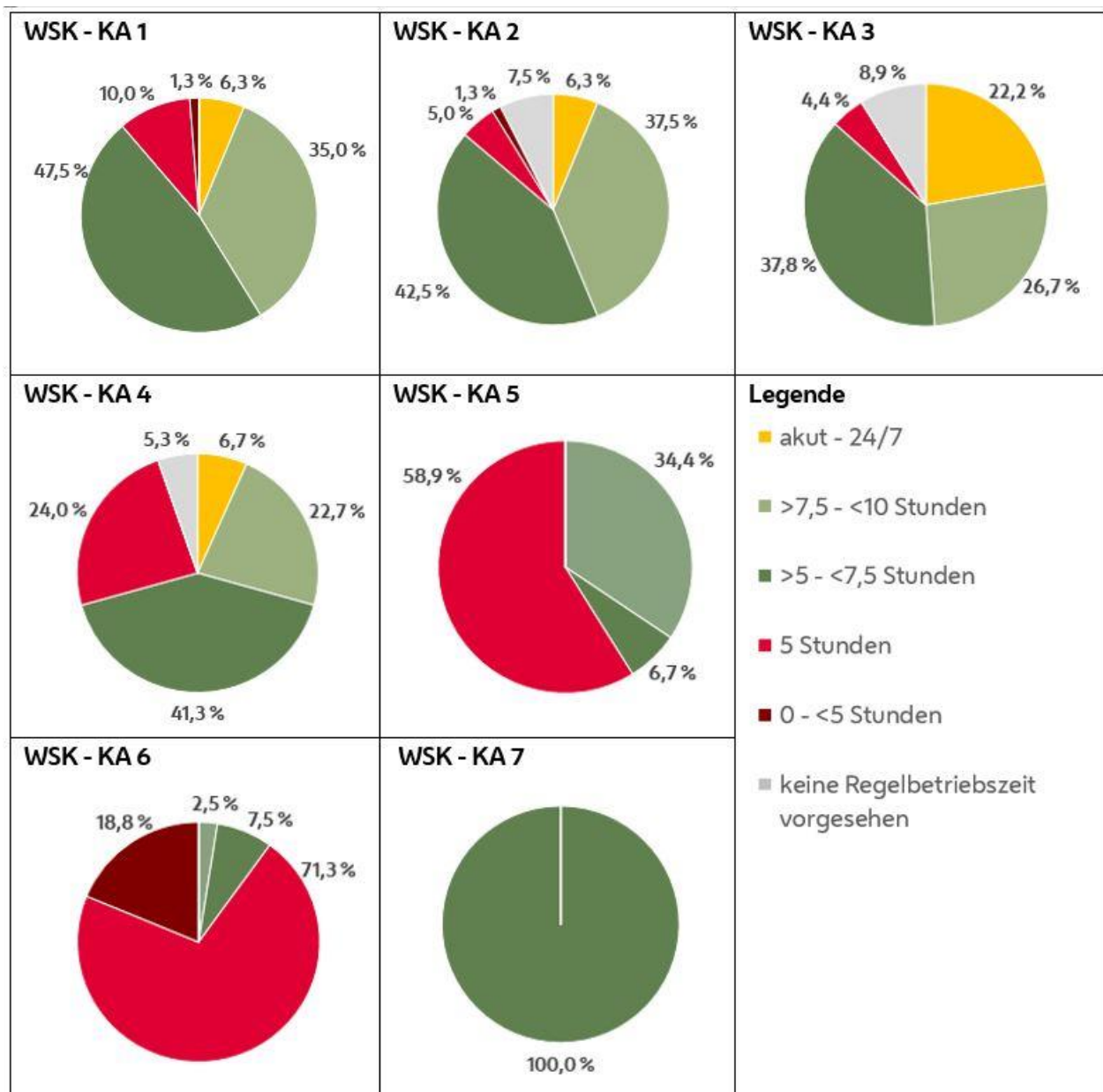
dadurch gekennzeichnet, dass in unmittelbarer Nähe zu den OP-Sälen auch weitere Räumlichkeiten - beispielsweise für die Einschleusung, OP-Vorbereitung bzw. Narkoseeinleitung sowie zur postoperativen Betreuung - zur Verfügung standen und von allen operativ tätigen Fächern entsprechend der jeweiligen Kontingente gemeinsam genutzt werden konnten.

Im Jahr 2019 verfügten im Gesundheitsverbund das Allgemeine Krankenhaus und 4 Einrichtungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser über derartige zentrale Organisationseinheiten. 2 Krankenanstalten betrieben aufgrund ihrer historisch gewachsenen Strukturen die OP-Säle im jeweiligen Pavillonsystem weiterhin dezentral, wobei diese grundsätzlich jeweils einer bestimmten medizinischen Abteilung zur alleinigen Nutzung zugeordnet waren. Eine weitere Einrichtung der Wiener Städtischen Krankenhäuser betrieb sowohl einen Zentral-OP-Bereich als auch dezentrale OP-Säle.

6.5.2 Wie bereits im Punkt 3.2 erwähnt, gab der „*Medizinische Masterplan 2030*“ in Bezug auf die Zentral-OPs im Betriebszeitenmodell werktags die Zeit zwischen 8.00 Uhr und 19.00 Uhr - also 11 Stunden täglich - als Regelbetriebszeit vor.

6.5.2.1 Nachfolgend wurden die geplanten Regelbetriebszeiten der OP-Säle der Wiener Städtischen Krankenhäuser dargestellt.

Abbildung 4: Regelbetriebszeiten in den OP-Sälen der Wiener Städtischen Krankenhäusern



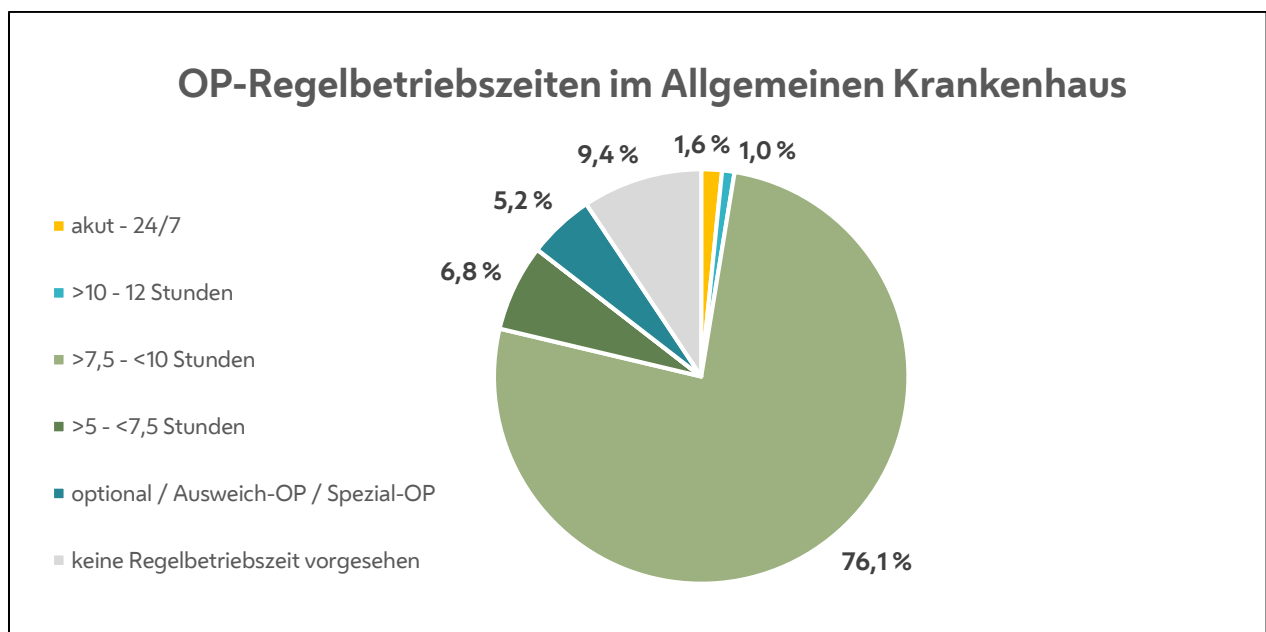
Quelle: OP-Statute sowie Angaben der Krankenanstalten, Darstellung: Stadtrechnungshof Wien

Bei einem Vergleich der Regelbetriebszeiten der Wiener Städtischen Krankenhäuser zeigte sich ein inhomogenes Bild. Während eine Krankenanstalt ihre OP-Säle ausschließlich zwischen 5 Stunden und 7,5 Stunden betrieb, waren in weiteren 2 Spitälern größtenteils Regelbetriebszeiten von 5 Stunden vorgesehen. In den verbleibenden

4 Krankenanstalten lagen diese überwiegend bei über 5 Stunden bis hin zu 10 Stunden. Der Anteil der Betriebszeiten zwischen 7,5 und 10 Stunden bewegte sich in den letztgenannten Krankenanstalten in einer Bandbreite von rd. 23 % bis rd. 38 %. Ebenso war festzuhalten, dass 3 Spitäler nicht alle OP-Säle täglich verwendeten, womit bei bis zu rd. 9 % der OP-Säle keine Regelbetriebszeiten vorgesehen waren. Vom Gesundheitsverbund wurde dieser Umstand primär mit den zur Verfügung stehenden limitierten personellen Ressourcen sowie in einem Fall mit der Mitte des Jahres 2019 erfolgten Inbetriebnahme einer neu errichteten Krankenanstalt begründet, wodurch in dieser im gegenständlichen Jahr die vollen Leistungskapazitäten noch nicht zum Tragen kamen.

6.5.2.2 Die Regelbetriebszeiten im Allgemeinen Krankenhaus stellten sich wie folgt dar:

Abbildung 5: Regelbetriebszeiten in den OP-Sälen der Teilunternehmung Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus



Quelle: OP-Statut sowie Daten des Allgemeinen Krankenhauses, Darstellung: Stadtrechnungshof Wien

Wie aus obigem Diagramm ersichtlich, lagen in über 75 % der OP-Säle des Allgemeinen Krankenhauses die Regelbetriebszeiten zwischen 7,5 Stunden und 10 Stunden. In rd. 7 % der OP-Bereiche dieser Einrichtung betragen die Regelbetriebszeiten zwischen

5 Stunden und 7,5 Stunden. Rund 5 % der OP-Säle wurden anlassbezogen - teilweise aufgrund von Spezialeinrichtungen bzw. Geräten - als Ausweichmöglichkeiten genutzt. Länger als 10 Stunden waren rd. 3 % der OP-Säle in Betrieb bzw. es wurden diese z.T. rund um die Uhr für Notfälle genutzt. Rund 9 % der OP-Räumlichkeiten wurden nicht genutzt. Begründet wurde dies mit Einschränkungen bei den personellen Ressourcen insbesondere in der Berufsgruppe der Operationsassistenten. Laut Auskunft der ärztlichen Leitung habe die geänderte Ausbildungsordnung für dieses Berufsbild die Personalrekrutierung erschwert.

6.6 Auslastung der OP-Säle

6.6.1 Wie bereits im Punkt 6.3.3 angeführt, stand den medizinischen Abteilungen des Gesundheitsverbundes erst ab Ende des Jahres 2019 ein EDV-unterstützter standardisierter Statistikbericht zur Ermittlung wesentlicher OP-Kennzahlen zur Verfügung. Diese Auswertung („*Performancebericht*“) gab Auskunft über die den einzelnen medizinischen Abteilungen für Operationen insgesamt zur Verfügung stehende Zeit (Brutto-Kontingent), die davon verwendete Zeit entsprechend der dokumentierten Zeitmarken „*Patient im OP*“ - „*Patient aus dem OP*“ sowie daraus resultierend das Ausmaß der Nutzung der OP-Kapazitäten bezogen auf die jeweiligen Abteilungskontingente. Der „*Performancebericht*“ ermöglichte jedoch nicht - wie in der Fragestellung des gegenständlichen Prüfungsersuchens angeführt - eine Analyse der Auslastung einzelner OP-Säle.

Festzuhalten war, dass der Generaldirektion des Gesundheitsverbundes grundsätzlich - wie auch bzgl. der Raumkapazitäten und Regelbetriebszeiten (s. Punkt 6.5) - keine verbundweiten Auswertungen hinsichtlich der Auslastung der OP-Säle vorlagen.

In Ermangelung anderer valider Daten stellte die Generaldirektion dem Stadtrechnungshof Wien infolgedessen einen eigens aus dem OP-EDV-Tool generierten Datensatz in Bezug auf die Auslastung der OP-Säle der Wiener Städtischen Krankenhäuser zur Verfügung. Dieser umfasste sämtliche, im Zeitraum 1. Jänner 2017 bis inkl. 30. September 2020 in diesem EDV-Tool hinterlegte Kontingente und OP-Leistungen, die EDV-unterstützt erfasst worden waren. Der Datensatz wies - insbesondere aufgrund

unterschiedlicher Implementierungszeitpunkte des EDV-Tools in den einzelnen medizinischen Abteilungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser - Mängel hinsichtlich der Vollständigkeit auf (s. dazu Punkt 4.7.2). Überdies trugen die im Betrachtungszeitraum erfolgten Leistungsverlagerungen teilweise zu nicht kontinuierlichen Entwicklungen in den einzelnen medizinischen Abteilungen bei. Anzumerken war, dass 2 zwischenzeitlich aufgelassene Krankenanstalten in die nachfolgenden Betrachtungen des Stadtrechnungshofes Wien nicht miteinbezogen wurden. Ungeachtet dessen erschien dem Stadtrechnungshof Wien der zur Verfügung gestellte Datensatz zur Beantwortung der Frage des Prüfungsersuchens grundsätzlich geeignet.

6.6.2 In weiterer Folge ermittelte der Stadtrechnungshof Wien anhand dieser Datensätze, in welchem Ausmaß die einzelnen medizinischen Abteilungen in den Wiener Städtischen Krankenhäusern die ihnen zur Verfügung stehenden Kontingente für deren operative Leistungserbringung nutzten. Ebenso war es möglich, das Ausmaß der Nutzung der OP-Kapazitäten bezogen auf die gesamten Kontingenzzeiten je Krankenanstalt zu ermitteln.

Festzuhalten war dazu, dass in den Einrichtungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser Sperren von OP-Tischen nicht systematisch im EDV-System erfasst waren und somit die in den Regelbetriebszeiten geplanten Brutto-Kontingente den einzelnen Fachabteilungen nicht immer in vollem Umfang für die Erbringung von Operationen zur Verfügung standen. Als Gründe für Sperren wurden dem Stadtrechnungshof Wien einerseits Einschränkungen bei der Verfügbarkeit des zum OP-Betrieb erforderlichen Personals und andererseits notwendige technische Wartungs- und Instandhaltungsarbeiten genannt.

6.6.3 Dem OP-Management des Allgemeinen Krankenhauses standen auf Basis der im dort verwendeten EDV-Tool eingepflegten Daten eine Vielzahl an vordefinierten Standardabfragen zur Verfügung. So lagen beispielsweise Kennzahlen zur OP-Auslastung sowohl auf Ebene der OP-Säle bzw. auf zu OP-Gruppen aggregierter Ebene als auch nach fachlichen Organisationseinheiten gegliedert vor. Weiters wurde

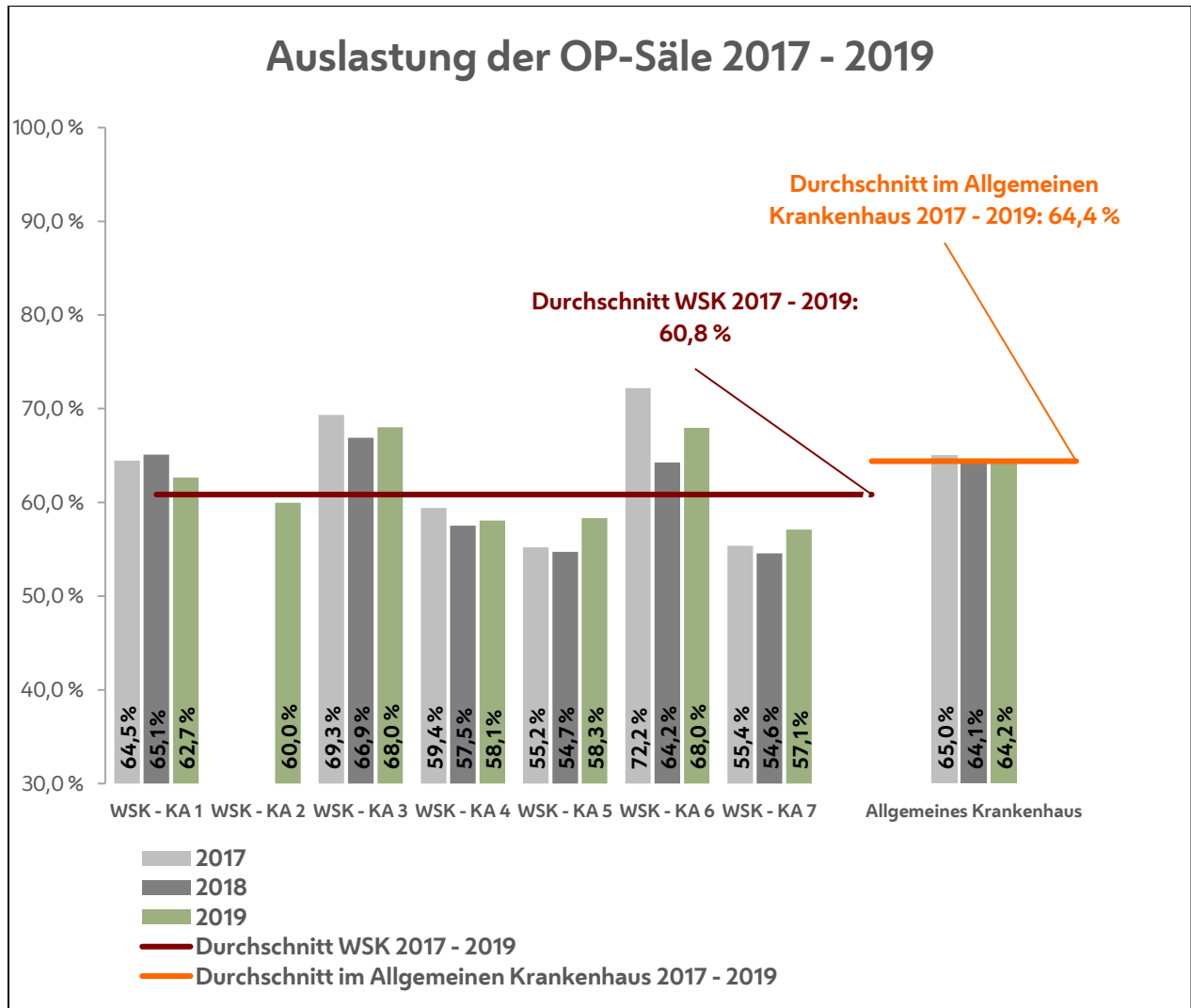
auch die gruppenübergreifende bzw. abteilungsfremde Nutzung von OP-Kapazitäten erfasst, was eine differenzierte Analyse der Eigen- und Fremdkapazitäten ermöglichte.

Zudem wurden im Allgemeinen Krankenhaus ab dem Jahr 2019 Sperren von OP-Tischen den einzelnen Sälen direkt zugeordnet, womit eine Verminderung der auf den Regelbetriebszeiten basierenden Brutto-Kontingente auf die tatsächlich zur Verfügung stehende Netto-Kontingentszeit einherging. Detailauswertungen zu den Sperren von OP-Tischen gewährten ab dem Jahr 2019 auch Aufschluss über die häufigsten baulichen, organisatorischen, personellen oder technischen Gründe für die Sperren von OP-Sälen. Für die vorangegangenen Jahre wurden die OP-Tisch-Sperren bei der Berechnung der OP-Auslastung nicht berücksichtigt.

Um eine Vergleichbarkeit der Auslastung der OP-Säle des Allgemeinen Krankenhauses mit jenen der Wiener Städtischen Krankenhäuser im gesamten Betrachtungszeitraum zu ermöglichen, wurde für den Stadtrechnungshof Wien eine eigene Auswertung für das Jahr 2019 ohne Berücksichtigung der OP-Tisch-Sperren auf Basis der Brutto-Kontingente erstellt.

6.6.4 Anhand dieser Auswertungen stellte der Stadtrechnungshof Wien die Auslastung der OP-Säle der Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes für den Betrachtungszeitraum dar.

Abbildung 6: Entwicklung der Auslastung der OP-Säle in der Unternehmung Wiener Gesundheitsverband in den Jahren 2017 bis 2019



Quelle: Datensätze des Gesundheitsverbundes, Darstellung: Stadtrechnungshof Wien

Die Gesamtauslastung der OP-Säle in den Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes stellte sich im Betrachtungszeitraum bezogen auf die Brutto-Kontingenzzeiten sehr uneinheitlich dar. In den Wiener Städtischen Krankenhäusern lag diese im Jahr 2017 im Durchschnitt bei 60,7 % und erhöhte sich im Jahr 2019 auf 61,6 %. Im gesamten Betrachtungszeitraum lag die Auslastung der OP-Säle in den Wiener Städtischen Krankenhäusern bei durchschnittlich 60,8 % der Brutto-Kontingenzzeiten. Die

Entwicklung der OP-Auslastung im Allgemeinen Krankenhaus stellte sich im Betrachtungszeitraum nahezu unverändert dar. Diese lag im Jahr 2017 bei 65 % und verringerte sich geringfügig auf 64,2 % der Brutto-Kontingenzzeiten im Jahr 2019. Die durchschnittliche Auslastung über den Zeitraum 2017 bis 2019 lag bei 64,4 % und somit um 3,6 % höher als in den Wiener Städtischen Krankenhäusern.

Ein Vergleich der einzelnen Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes zeigte eine deutliche Bandbreite bei den jeweiligen anstaltsbezogenen Auslastungen der Brutto-Kontingenzzeiten auf. Diese bewegten sich im Jahr 2017 in einer Bandbreite zwischen 55,2 % und 72,2 % bzw. im Jahr 2019 zwischen 57,1 % und 68 %. Eine einheitliche Tendenz bei der Entwicklung dieser Auslastungskennzahlen war nicht erkennbar.

6.6.5 Hinsichtlich der aufgezeigten Bandbreiten bzgl. dem Nutzungsgrad der OP-Kontingente führte der Gesundheitsverbund an, dass das angebotene Leistungsspektrum der einzelnen Krankenanstalten verschiedene Schwerpunktsetzungen aufweise. Bei der Effizienzmessung von OP-Bereichen wäre neben deren Nutzungsdauer u.a. auch auf die Anzahl der in den jeweiligen Kontingenzzeiten durchgeführten operativen Eingriffe und die jeweilige tatsächliche Operationsdauer Bedacht zu nehmen. Demgemäß wären in medizinischen Abteilungen, die Eingriffe mit kürzerer Dauer durchführten, höhere Frequenzen von Patientinnen bzw. Patienten zu verzeichnen als in jenen mit lange dauernden Operationen. Daraus resultierend würden bei häufigen Operationen mit kurzer Dauer mehr „Wechselzeiten“ entstehen (Zeitspanne zwischen den Zeitmarken „Patient aus dem OP“ und „Patient in OP“). In dieser Zeit zwischen 2 Operationen fänden wesentliche Arbeitsschritte, wie etwa die Saalreinigung oder gegebenenfalls der Umbau bzw. Aufbau der Instrumente für die nachfolgende Operation, statt. So würde eine große Anzahl kurzer Operationen (z.B. Katarakt) und die damit häufigen anfallenden „Wechselzeiten“ in bestimmten medizinischen Abteilungen eine geringere Auslastungskennzahl nach sich ziehen als bei solchen mit länger dauernden Operationen (z.B. komplexe Bandscheibenoperationen).

Nach Ansicht der Generaldirektion des Gesundheitsverbundes könne „angenommen werden, dass eine OP-Auslastung von 60-80% für Klinikträger mit öffentlichen Versorgungsauftrag einen guten Wert darstellt“.

Auf Basis der zur Verfügung gestellten Daten für die Wiener Städtischen Krankenhäuser analysierte der Stadtrechnungshof Wien die jeweilige durchschnittliche Operationsdauer und die Auslastung der den einzelnen medizinischen Abteilungen im Betrachtungszeitraum zur Verfügung gestandenen Brutto-Kontingenzzeiten. Dabei stellte sich z.B. die durchschnittliche Operationsdauer in den einzelnen Abteilungen für Augenheilkunde in den Wiener Städtischen Krankenhäusern mit einem Wert von 23 Minuten sowohl über alle Krankenanstalten als auch über alle Jahre hinweg als vergleichbar dar. Im Betrachtungszeitraum lag die auf dieser Grundlage ermittelte OP-Auslastung bei durchschnittlich rd. 54,3 %. Demgegenüber dauerten die von den Abteilungen für Neurochirurgie vorgenommenen Operationen im Mittel 172 Minuten, wobei die diesbezügliche Auslastung im Durchschnitt bei rd. 76,8 % lag. Somit konnte der Stadtrechnungshof Wien keinen Widerspruch zur Argumentationslinie des Gesundheitsverbundes erkennen.

6.7 Kontingenzbezogene Auslastung der OP-Säle nach Fachrichtungen

6.7.1 In einem weiteren Schritt nahm der Stadtrechnungshof Wien einen unternehmensweiten Vergleich der Auslastung der den einzelnen medizinischen Abteilungen zugewiesenen OP-Kontingente für den Betrachtungszeitraum der Jahre 2017 bis 2019 vor und stellte nachfolgend die diesbezügliche Bandbreite je medizinischer Fachrichtung dar:

Tabelle 3: Bandbreite der Auslastung der OP-Kontingente in der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund je medizinischer Fachrichtung

Medizinische Fachrichtung	Auslastung der OP-Kontingente in %		
	2017	2018	2019
Augenheilkunde	50,3 - 68,3	47,5 - 69,6	47,2 - 72,0
Allgemein-Chirurgie	56,7 - 81,5	59,0 - 80,7	61,1 - 80,4
Dermatologie	47,2 - 65,6	23,7 - 67,0	51,1 - 69,7
Gynäkologie	49,2 - 64,1	50,2 - 66,8	51,8 - 63,6

Medizinische Fachrichtung	Auslastung der OP-Kontingente in %		
	2017	2018	2019
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	67,2 - 76,5	65,2 - 77,9	63,7 - 77,2
Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie	46,2 - 68,6	50,3 - 73,2	51,8 - 68,0
Neurochirurgie	76,1 - 80,3	67,7 - 82,3	71,2 - 82,4
Orthopädie und Traumatologie	55,4 - 69,1	54,6 - 69,5	54,5 - 71,3
Plastische Chirurgie	46,7 - 77,5	43,9 - 75,9	52,8 - 76,5
Unfallchirurgie	64,1 - 69,8	62,0 - 73,6	63,1 - 75,2
Urologie	39,8 - 77,9	39,0 - 74,3	38,8 - 72,8

Quelle: Datensätze des Gesundheitsverbundes, Darstellung: Stadtrechnungshof Wien

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, wies der Großteil der dargestellten medizinischen Fachrichtungen erhebliche Bandbreiten bzgl. der Auslastung der OP-Säle zu den jeweils zugewiesenen OP-Kontingenzzeiten auf.

So zeigte ein vom Stadtrechnungshof Wien beispielhaft angestellter Vergleich der Auslastungsgrade der 4 Abteilungen für Augenheilkunde im Gesundheitsverbund im Jahr 2017 deutliche Unterschiede, deren Spannweite sich im Jahr 2019 noch erheblich erhöht hatte. Anzumerken war, dass die Auslastungswerte in 2 Abteilungen für Augenheilkunde im Betrachtungszeitraum anstiegen, während sich diese in 2 anderen derartigen medizinischen Abteilungen kontinuierlich rückläufig entwickelten.

Demgegenüber zeichneten etwa die Auslastungswerte in den 3 neurochirurgischen Abteilungen im Gesundheitsverbund ein grundsätzlich homogeneres Bild.

6.7.2 Bemerkenswert erschien im Zusammenhang mit den erhobenen Auslastungszahlen, dass der Gesundheitsverbund bereits im September 2017 eine Beratungsfirma mit dem Projekt „*Optimierung des OP-Managements im KAV*“ beauftragt hatte. Gemäß den Projektunterlagen wurde der OP-Bereich hinsichtlich Personal, Material, Logistik und Kosten als der aufwändigste Organisationsbereich im Krankenhaus erkannt, wobei die OP-Auslastung in der Unternehmung im internationalen Vergleich - allerdings ohne die Nennung von Kennzahlen - als unzureichend erachtet worden war.

Das gegenständliche Projekt zielte darauf ab, mittels einheitlicher Prozesse die Ergebnisqualität und Sicherheit von Patientinnen bzw. Patienten bei gleichzeitiger Kostendämpfung zu steigern. Konkrete Zielsetzungen betrafen die Definition und Umsetzung von unternehmensweiten Standards für das OP-Management, das Vorliegen eines einfachen und klaren Kennzahlensystems als Basis einer zentralen strategischen Planung und Steuerung, die Verfügbarkeit von bedarfsgerechter Infrastruktur sowie die Verbesserung der Ressourcennutzung und der Auslastung der OP-Säle. Durch die Steigerung der Auslastung und die zeitliche Straffung von Abläufen im OP-Bereich sollten Ressourcen effizienter genutzt werden. Den Projektunterlagen war zu entnehmen, dass für die Analysephase die Beratungsfirma insbesondere auf Datenmaterial der EDV-Software für den OP-Betrieb zurückgriff.

Diesbezüglich war die mangelnde Verfügbarkeit einheitlicher und aussagekräftiger Kennzahlen zum OP-Betrieb festgestellt worden. Die Analysen des externen Beratungsunternehmens zeigten erhöhte interoperative Prozesszeiten sowie zeitliche Verzögerungen bei den ersten operativen Eingriffen zu Betriebsbeginn auf. Das daraus abgeleitete Optimierungspotenzial hinsichtlich der effizienteren Nutzung vorhandener OP-Ressourcen und der daraus resultierenden Wartezeiten auf Operationen wurde den Kollegialen Führungen der Krankenanstalten im September 2018 präsentiert. Danach wurde das Projekt ohne nähere Begründung beendet.

Das im Juni 2018 beauftragte Nachfolgeprojekt *„Organisationsoptimierung des OP-Managements der WSK-Häuser“* verfolgte das Ziel, ein aussagekräftiges Monitoring relevanter OP-Kennzahlen in den Wiener Städtischen Krankenhäusern zu entwickeln und mit den im Allgemeinen Krankenhaus bereits vorliegenden Kennzahlen vergleichbar zu machen. Ebenso sollte ein hierarchischer Monitoring-Zyklus festgelegt werden. Dieser sollte der Generaldirektion des Gesundheitsverbundes und den Wiener Städtischen Krankenhäusern als Grundlage für ein zentrales Steuerungsinstrument des OP-Betriebes dienen. Den Projektunterlagen war zu entnehmen, dass zum Zeitpunkt der Einschau des Stadtrechnungshofes Wien die Definition des Kennzahlensystems sowie des Monitoring-Zyklus im Entwurf vorlag.

Zum Umsetzungsstand des gegenständlichen Projektes erläuterte die Generaldirektion des Gesundheitsverbundes, dass zu Beginn des Jahres 2020 wesentliche Vorarbeiten geleistet und mit dem Allgemeinen Krankenhaus wichtige Inhalte und Grundlagen für die angestrebte EDV-Anbindung geschaffen worden wären. Eine Inbetriebnahme der Schnittstelle zwischen den EDV-Programmen des Allgemeinen Krankenhauses und der Wiener Städtischen Krankenhäuser wäre jedoch aufgrund des Ausbruchs der COVID-19-Pandemie noch nicht erfolgt.

6.8 Feststellungen und Empfehlungen

6.8.1 In den Einrichtungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser lagen für das OP-Management Vorgaben in Form von Zielvereinbarungen und einem Rahmenstatut vor. Diesbezüglich war kritisch anzumerken, dass die Zielvereinbarungen beginnend mit dem Jahr 2019 zwar Vorgaben für einzelne medizinische Leistungen, jedoch keine Festlegungen in Bezug auf die Auslastung von OP-Bereichen, enthielten.

Hinsichtlich der im Rahmenstatut des Gesundheitsverbundes getroffenen Regelungen wurden vom Stadtrechnungshof Wien mehrere Sachverhalte mit Optimierungsbedarf erkannt. So wurden beispielsweise die periodisch vorgesehenen Evaluierungen der anstaltsspezifischen Statute von einzelnen Kliniken nur z.T. bzw. gar nicht vorgenommen.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl dem Gesundheitsverbund, die im Rahmenstatut vorgesehenen Evaluierungen der anstaltsspezifischen OP-Statute regelmäßig einzufordern, auf Umsetzung zu überprüfen und diese auch entsprechend zu dokumentieren.

6.8.2 Wie Literaturrecherchen des Stadtrechnungshofes Wien hinsichtlich des OP-Managements ergaben, nimmt dieses eine zentrale Rolle im Hinblick auf die effiziente Nutzung, die strategische Steuerung und die Weiterentwicklung des OP-Bereiches ein. Die Erhebungen im Gesundheitsverbund zeigten, dass die diesbezügliche Aufgabewahrnehmung in den einzelnen Krankenanstalten in unterschiedlicher Ausprägung erfolgte. So wurde diese Tätigkeit zumeist vom ärztlichen Personal

der Abteilungen für Anästhesie zusätzlich zu deren anderen Aufgabengebieten wahrgenommen. Demgegenüber war in einem Spital ein Mitarbeiter ausschließlich mit der Ausübung dieser Funktion betraut worden. Hingegen konnten in 2 Krankenanstalten dem Stadtrechnungshof Wien keine OP-Managerinnen bzw. OP-Manager namhaft gemacht werden.

In Anbetracht der strategischen Bedeutung der Funktion des OP-Managements empfahl der Stadtrechnungshof Wien, die für diese Tätigkeiten erforderliche Personalausstattung zu evaluieren und danach entsprechende Festlegungen zu treffen. Dabei wären insbesondere auf die anstaltsbezogenen Spezifika - beispielsweise das vorgehaltene Leistungsspektrum, das jeweilige Operationsvolumen und die baulichen Gegebenheiten - Bedacht zu nehmen.

6.8.3 Die Institutionalisierung von Zielvereinbarungsgesprächen des sogenannten Managementboards des Allgemeinen Krankenhauses mit dem OP-Management gaben klar definierte strategische und operative Vorgaben für den OP-Bereich vor. Nachgelagerte Reports wurden zur zeitnahen und periodischen Kontrolle der Zielerreichung bzw. einer Stuserhebung der Umsetzungsstände durchgeführt.

Zur Steuerung des OP-Bereiches lagen detaillierte Pläne der Regelbetriebszeiten vor und wurden mehrmals jährlich in den OP-Konferenzen neben weiteren operativen Agenden thematisiert. Die Schaffung bzw. Weiterentwicklung eines umfassenden Kennzahlensystems war im Betrachtungszeitraum initiiert worden und sollte als Steuerungsinstrument zur strategischen Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse im OP-Bereich und zur Planung und Steuerung des OP-Betriebes beitragen. Des Weiteren hatte das Allgemeine Krankenhaus im Betrachtungszeitraum ein elektronisches Meldesystem in Bezug auf Sperrungen von OP-Sälen etabliert, das ein entsprechendes Monitoring ab dem Jahr 2019 ermöglichte und Auskunft über die häufigsten baulichen, organisatorischen, personellen oder technischen Gründe für derartige Sperrungen gab.

Von den Wiener Städtischen Krankenhäusern waren ausschließlich längerfristige Sperrungen von OP-Sälen aufgrund baulicher Veränderungen bzw. Adaptierungen der Generaldirektion zu melden.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl dem Gesundheitsverbund, sämtliche Gründe und Ursachen für die Sperrungen von OP-Sälen in den Wiener Städtischen Krankenhäusern systematisch zu erheben und zu dokumentieren sowie diese Kennzahlen auch regelmäßig auszuwerten.

6.8.4 Hinsichtlich der Regelbetriebszeiten in den Wiener Städtischen Krankenhäusern verfügte die Generaldirektion des Gesundheitsverbundes über keine zentrale Auswertung. Die diesbezüglich in den einzelnen Krankenanstalten erhobenen Daten zeigten, dass rd. $\frac{1}{3}$ der OP-Säle werktags lediglich im Ausmaß von bis zu 5 Stunden genutzt wurden. Bei einem weiteren Drittel war an diesen Tagen eine Nutzung im Ausmaß von 5 bis 7,5 Stunden vorgesehen. Nur das verbleibende Drittel wurde werktags länger als 7,5 Stunden bzw. rund um die Uhr an allen Tagen im Jahr als Notfall-OP bereitgehalten.

Der vom Stadtrechnungshof Wien angestellte Vergleich verdeutlichte, dass zum Zeitpunkt der Einschau die im „*Medizinischen Masterplan*“ vorgesehene Regelbetriebszeit von Montag bis Freitag im Ausmaß von täglich 11 Stunden in den Wiener Städtischen Krankenhäusern z.T. erheblich unterschritten wurde. Lediglich im Allgemeinen Krankenhaus war eine Annäherung an diesen geplanten Wert erkennbar.

Um künftig die gemäß Spitalskonzept 2030 angestrebten Betriebszeiten in den Zentral-OP der Wiener Städtischen Krankenhäuser an Werktagen von 8.00 Uhr bis 19.00 Uhr flächendeckend etablieren zu können, wären nach Ansicht des Stadtrechnungshofes Wien entsprechende anstaltsspezifische personelle bzw. organisatorische Maßnahmen festzulegen und schrittweise umzusetzen.

6.8.5 Der Gesundheitsverbund identifizierte bereits im Jahr 2017 im Rahmen eines Projektes Optimierungspotenziale insbesondere bei der Auslastung von OP-Sälen und

bei den Wechselzeiten in den Wiener Städtischen Krankenhäusern. Festzuhalten war dazu vom Stadtrechnungshof Wien, dass dieses Projekt im Jahr 2018 ohne nähere Begründung und Maßnahmensetzung beendet wurde.

Ein im Juni 2018 beauftragtes Nachfolgeprojekt verfolgte eine sehr ähnliche Zielsetzung wie das erste Projekt, nämlich ein Monitoring relevanter OP-Kennzahlen in den Wiener Städtischen Krankenhäusern zu entwickeln und mit den im Allgemeinen Krankenhaus bereits vorliegenden Kennzahlen vergleichbar zu machen. Mit dem Vorliegen derartiger Kennzahlen und einem hierarchischen Monitoring-Zyklus sollte der Generaldirektion und den einzelnen Einrichtungen des Gesundheitsverbundes ein zentrales Steuerungsinstrument für den OP-Bereich vorliegen. Nach Angaben der Generaldirektion des Gesundheitsverbundes waren bis zum Zeitpunkt der Einschau wesentliche Vorarbeiten geleistet worden, wobei eine Umsetzung bis zum Ende der Prüfung noch ausständig war.

Ungeachtet der o.a. Bemühungen des Gesundheitsverbundes war kritisch anzumerken, dass die OP-Auslastung im Betrachtungszeitraum der Jahre 2017 bis 2019 weiterhin Optimierungspotenzial aufwies. Dieser Umstand war auf die unterschiedliche Ausprägung des OP-Managements in den einzelnen Einrichtungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser und insbesondere auf das Fehlen zentraler strategischer Vorgaben zurückzuführen.

In Anbetracht des Stellenwertes des OP-Bereiches empfahl der Stadtrechnungshof Wien dem Gesundheitsverbund - in Anlehnung an die im Punkt 6.4.2 dargestellte Vorgehensweise im Allgemeinen Krankenhaus - klare strategische und operative Vorgaben bzw. Zielwerte für den OP-Bereich in den Wiener Städtischen Krankenhäusern zu definieren.

Nicht zuletzt sollte der Gesundheitsverbund im Sinn einer zentralen Steuerung regelmäßig die Einhaltung bzw. den jeweiligen Umsetzungsstatus der gesetzten Ziele erheben und überprüfen sowie gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen einleiten.

Des Weiteren sollten die ausgewerteten Kennzahlen für den OP-Bereich den Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes und den einzelnen medizinischen Abteilungen in Form eines internen Benchmarks zur Verfügung stehen und als Basis für eine Weiterentwicklung bzw. Optimierung dienen.

7. Vergabe von Terminen und Wartezeiten auf medizinische Untersuchungen in Spitalsambulanzen

7.1 Allgemeines

Die medizinischen Abteilungen bzw. Institute in den Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes hielten in der Regel auch Einrichtungen für die ambulante Behandlung von Patientinnen bzw. Patienten vor. Einer Auswertung des Gesundheitsverbundes zufolge verfügte dieser zum Zeitpunkt der Prüfung über rd. 2.000 „*Pflegerische Organisationseinheiten*“, die Patientinnen bzw. Patienten ambulanter Fälle aufwiesen, wobei in der Aufstellung aber auch ambulant erbrachte Konsile, Laborleistungen etc. erfasst waren. Daher nahm der Stadtrechnungshof Wien im Rahmen seiner Einschau eine Zählung der auf der Homepage des Gesundheitsverbundes von den medizinischen Abteilungen und Instituten publizierten Spitalsambulanzen vor. Insgesamt ermittelte er so mehr als 1.100 in den Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes vorgehaltene Ambulanzangebote, wobei hievon rd. 20 % als allgemeine Ambulanzen (inkl. Notfallambulanzen) und 80 % als Spezialambulanzen ausgewiesen waren. Die Allgemeinen Ambulanzen verfügten zumeist über Öffnungszeiten von Montag bis Freitag in einer Bandbreite von täglich 3,5 Stunden bis 7 Stunden, während Notfallambulanzen von den Patientinnen bzw. Patienten durchgängig aufgesucht werden konnten. Die Leistungen von Spezialambulanzen wurden oftmals an einem Tag oder an einigen Tagen der Woche jeweils in einem Zeitraum von 2 bis 3 Stunden angeboten.

Die Anzahl der von den einzelnen medizinischen Abteilungen bzw. Instituten vorgehaltenen Ambulanzangebote differierte deutlich und bewegte sich in einer Bandbreite von 1 Ambulanz bis hin zu 21 Ambulanzen.

In den nachstehenden Unterpunkten wurde zunächst auf allgemeine Aspekte zum Ambulanzbereich in den Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes näher eingegangen. Für die Behandlung einiger Fragen des Prüfungsersuchens stützte sich der Stadtrechnungshof Wien in Anbetracht der Vielzahl an ambulanten Angeboten hauptsächlich auf die Erhebungsergebnisse der bereits im Punkt 4.4.3 dieses Berichtes angeführten Befragung der einzelnen medizinischen Abteilungen mittels Fragebögen.

7.2 Vorgaben und eingesetzte Planungssysteme

7.2.1 Die IKT-Strategie des ehemaligen Krankenanstaltenverbundes sah eine „*Elektronische Patientenakte*“ vor. Diese sollte eine EDV-unterstützte Sammlung aller Daten enthalten, die im Zuge des Krankheits- und Behandlungsverlaufes der Patientinnen bzw. Patienten gespeichert werden. So sollten Befund- und Bilddaten, Diagnosen, der Behandlungsverlauf, das Behandlungsergebnis sowie die zugehörige Korrespondenz im Weg unterschiedlicher Systeme erfasst werden, wobei ein Datenaustausch zwischen den unterschiedlichen EDV-Systemen in Form von Schnittstellen möglich sein sollte.

In diesem Zusammenhang wurde vom Gesundheitsverbund für die Wiener Städtischen Krankenhäuser das sogenannte „*Organisationsprogramm (impuls Programm)*“ beschlossen und dessen Implementierung bei einer Fremdfirma beauftragt. Dabei handelte es sich um eine Modernisierung der IT-Unterstützung im Bereich der patientinnen- bzw. patientennahen Versorgung, mit welchen die damit in Verbindung stehenden Prozesse optimiert werden sollten. Als zentrales Ziel war die Entlastung des ärztlichen, pflegerischen und medizinisch-technischen Personals beim Administrations- und Dokumentationsaufwand definiert worden. Das vorher diesbezüglich im Einsatz befindliche EDV-Tool sollte in den Wiener Städtischen Krankenhäusern durch dieses neue EDV-Programm ersetzt werden. Für den ambulanten Bereich sollte gemäß dem „*Basispaket ambulanter Bereich*“ mithilfe des gegenständlichen EDV-Tools die Terminverwaltung und die Steuerung der Arbeitsabläufe (Workflow) sowie die elektronische Ambulanzkarte zur Dokumentation von Anamnesen, Diagnosen und Dekursen erfolgen.

Im Betrachtungszeitraum war das „*Basispaket ambulanter Bereich*“ einschließlich des elektronischen Terminkalenders in den Wiener Städtischen Krankenhäusern gemäß dem an den Stadtrechnungshof Wien übermittelten Roll-Out Plan vollständig eingesetzt worden.

Wie bereits im Punkt 4.2 erwähnt, wurde seit dem Jahr 2014 im Allgemeinen Krankenhaus zur Dokumentation ein eigenes EDV-System genutzt. Die Ambulanzadministration (inkl. Terminplanung) hatte ausschließlich mit diesem EDV-Tool zu erfolgen. Für die ambulante Terminvergabe bei einem Erstbesuch oder Folgebesuch einer Patientin bzw. eines Patienten in einer Ambulanz war ein diesbezüglicher Workflow „*Ambulante Administration*“ erstellt worden, welcher die einzelnen Ablaufschritte für die Terminvergabe graphisch darstellte.

7.2.2 Zum Zeitpunkt der Prüfung handelte es sich bei den meisten Spitalsambulanzen in der Regel um sogenannte Terminambulanzen, für welche die Patientinnen bzw. Patienten telefonisch einen Behandlungstermin vereinbaren sollten. Selbst wenn diese Personen ausnahmsweise über keinen Termin verfügten und in einer derartigen Einrichtung vorstellig wurden, erfolgte grundsätzlich dennoch eine entsprechende Untersuchung bzw. Behandlung. Die Betreuung von Notfällen war in allen gegenständlichen Einrichtungen des Gesundheitsverbundes rund um die Uhr sichergestellt.

Patientinnen bzw. Patienten - sowohl ohne Termin als auch mit einem Vorstellungstermin - waren in der sogenannten „*elektronischen Ambulanzkarte*“ mithilfe des elektronischen Terminkalenders zu administrieren. Für den Ablauf dieses Administrierungsprozesses lagen im Gesundheitsverbund - wie bereits erwähnt - entsprechende Beschreibungen der Ambulanzworkflows auf. In der „*elektronischen Ambulanzkarte*“ war für jede Ambulanz jeweils ein eigener Ambulanzbereich hinterlegt, welcher in Form einer elektronischen Karteikarte abgebildet war. Meldete sich eine Patientin bzw. ein Patient telefonisch für einen Termin in der Ambulanz an, sollte anhand der „*elektronischen Ambulanzkarte*“ überprüft werden, ob für die Patientin bzw. den Patienten bereits ein Datensatz angelegt war. Falls nicht, waren die Daten der Patientin bzw. des Patienten elektronisch zu erfassen und ein Ersttermin im elektronischen Terminkalender bei

gleichzeitiger Zuteilung zur jeweiligen Ambulanz einzutragen. Ebenso waren dort Wiedervorstellungstermine zur Nachkontrolle einzutragen.

Für die Dokumentation während des Behandlungsprozesses im Zuge eines Ambulanzbesuches einer Patientin bzw. eines Patienten standen in der „*elektronischen Ambulanzkarte*“ verschiedene Textblöcke z.B. für die Anamnese, die Diagnose und den Dekurs zur Verfügung.

Die „*elektronische Ambulanzkarte*“ war so konzipiert, dass lediglich die Wartezeiten der vor Ort in der Ambulanz wartenden Personen dem Behandlungsteam angezeigt werden konnte. Eine EDV-unterstützte Auswertung der Wartezeiten von der in der Regel telefonischen Terminvereinbarung bis zum Termin in der jeweiligen Ambulanz war nicht vorgesehen.

7.2.3 Während für die Planung und Durchführung von Operationen im Gesundheitsverbund ein Rahmen-OP-Statut in Geltung war, fehlten für den Ambulanzbetrieb einschließlich der Terminvergaben zentrale Vorgaben der Generaldirektion an die Krankenanstalten. Auf Ebene der Krankenanstalten bzw. medizinischen Abteilungen lagen z.T. Beschreibungen hinsichtlich des Ablaufes der Terminplanung auf. Eine Krankenanstalt verfügte darüberhinausgehend über ein verschriftlichtes Regelwerk zum Ambulanzbetrieb. Dieses enthielt grundlegende Informationen über die einzelnen Abläufe zwischen den verschiedenen Fachambulanzen, die Aufgaben der in den Ambulanzen tätigen Berufsgruppen sowie die Vorgehensweise bei Terminvergaben auf Ambulanztermine.

7.3 Reihungskriterien für die Vergabe von Ambulanzterminen

Die an die Abteilungen versendeten Fragebögen enthielten u.a. Fragestellungen zu den Kriterien für die Reihung bei der Vergabe von Ambulanzterminen, zur Vorgehensweise bei Zustandsverschlechterungen bzw. andauernden starken Beschwerden von Personen während der Wartezeit sowie zu entsprechenden Begleitmaßnahmen.

7.3.1 Die Abteilungen für Augenheilkunde gaben an, dass die Termine nach medizinischer Dringlichkeit gereiht würden. Diesbezüglich erfolge eine enge Zusammenarbeit mit den zuweisenden niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten. So würden beispielsweise deren Befunde schon vorab an die behandelnde Abteilung übermittelt werden, damit rasch mit der Beurteilung der Dringlichkeit der Erkrankung begonnen und umgehend weitere Behandlungsschritte eingeleitet werden könnten.

7.3.2 In den befragten Abteilungen für Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. Traumatologie erfolgte die Beurteilung ebenfalls nach der medizinischen Dringlichkeit sowie anhand der Zuweisung der niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzte. Weitere Kriterien bildeten die Schmerzintensität, die Mobilität, die Langzeitfolgen bei einer Verzögerung sowie eine allenfalls bestehende Gesundheitsgefährdung.

7.3.3 Die meisten Abteilungen für Neurochirurgie gaben an, dass die medizinische Dringlichkeit ausschlagend für die Reihung der Patientinnen bzw. Patienten bei Ambulanzterminen sei. Elektive Patientinnen bzw. Patienten würden nach Angabe einer Abteilung den nächsten freien Ambulanztermin erhalten. Eine Abteilung verfügte hingegen über eine verschriftlichte Leitlinie zur Organisation der neurochirurgischen Ambulanz für die klinische Dringlichkeit. In dieser wurde zwischen Notfall und dringlich anzusehenden Indikationen differenziert. Darunter fielen etwa Krankheitsbilder wie Lähmungserscheinungen, Sehstörungen und Schwierigkeiten beim Stehen oder Gehen sowie Bewusstseinsverlust in den vergangenen 24 Stunden.

7.3.4 Ein großer Teil der medizinischen Abteilungen der chirurgischen und übrigen Fachrichtungen nannte die chronologische Vergabe von Slots nach den Anmelde-daten als Reihungskriterium für einen Ambulanztermin. Auch die Dringlichkeit war essentielles Kriterium bei der Vergabe von Ambulanzterminen. Einige Abteilungen planten sogenannte Slots im Ambulanzbereich für Akutpatientinnen bzw. Akutpatienten ein, um diese im Fall von Beschwerden rasch behandeln zu können. Eine Abteilung führte eine eigene „Warteliste“ für Patientinnen bzw. Patienten, welche krankheitsbedingt einen Termin in der Ambulanz hatten absagen müssen. Im Fall einer neuen Terminvereinbarung wurden diese bevorzugt eingeteilt. Eine andere Abteilung verfügte

über eine Indikationsliste, sodass bei Schmerzen oder Tumorerkrankungen Patientinnen bzw. Patienten binnen einer Woche ein Untersuchungs- bzw. Behandlungstermin zugeteilt wurde. Bei einer der befragten Abteilungen erfolgte etwa eine bevorzugte Vergabe der Ambulanztermine an Kinder zwischen 0 und 12 Jahren.

7.3.5 Zu den Fragen nach der Vorgehensweise bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patientinnen bzw. Patienten sowie zu etwaigen Begleitmaßnahmen während der Wartezeit auf einen Ambulanztermin nahmen die medizinischen Abteilungen wie folgt Stellung.

Eine Reihe von medizinischen Abteilungen gab an, dass Patientinnen bzw. Patienten instruiert würden, bei Verschlechterungen entweder die Rettung bzw. die jeweilige medizinische Abteilung zu kontaktieren. Ein weiterer Teil erläuterte dazu, dass die Patientinnen bzw. Patienten informiert würden, diesfalls die allgemeine Ambulanz oder die Notfallambulanz einer Krankenanstalt aufzusuchen. Dort erfolge in der Regel eine weiterführende Diagnostik, die sodann zu einer entsprechenden Therapie bis hin zu einer Spitalsaufnahme führen könne. Einige medizinische Abteilungen verwiesen in diesem Zusammenhang auf die in ihrem Terminplanungssystem vorgehaltenen Slots für Notfälle.

Hinsichtlich Begleitmaßnahmen während der Wartezeit auf einen Ambulanztermin führte eine Reihe von medizinischen Abteilungen aus, dass grundsätzlich der extramurale Bereich für die Betreuung bis zum Ambulanztermin zuständig sei. Einige medizinische Abteilungen verwiesen abermals darauf, dass die allgemeinen Ambulanzen sowie die Notfallambulanzen bei medizinischer Dringlichkeit den Patientinnen bzw. Patienten zur Verfügung stünden.

7.3.6 Einige medizinische Abteilungen verwiesen auch auf betriebsorganisatorische Aspekte, die bei der Planung von Ambulanzterminen zu beachten wären. Dies waren beispielsweise die Koordination des Dienstplanes von entsprechenden spezialisierten Fachärztinnen bzw. Fachärzten mit den Zeitfenstern der Spezialambulanzen oder beschränkte Raumressourcen.

7.3.7 Die meisten der befragten medizinischen Abteilungen gaben an, dass für die Administrierung der Ambulanztermine die dafür vorgesehenen elektronischen Planungssysteme verwendet würden.

Wie die Vor-Ort-Einschau in ausgewählten Einrichtungen des Gesundheitsverbundes zeigte, hatte eine medizinische Abteilung das elektronische Terminplanungssystem nicht für alle vorgehaltenen Ambulanzen in Verwendung. Die Termine wurden dort z.T. noch in Papierform dokumentiert. Weiters war ersichtlich, dass einige medizinische Abteilungen zwecks Übersichtlichkeit zusätzliche Hilfsaufzeichnungen führten.

Die unmittelbare Einschau in den medizinischen Abteilungen ergab weiters, dass diese ihre Vorgehensweisen bei der Vergabe der Ambulanztermine sowie ihre Reihungskriterien in der Regel nicht verschriftlicht hatten.

7.4 Wartezeiten auf Untersuchungstermine

7.4.1 Die befragten medizinischen Abteilungen verfügten über keine Auswertungen zu den Wartezeiten auf Ambulanztermine für die Jahre 2017 bis 2019.

In diesem Zusammenhang war nochmals festzuhalten, dass die im Gesundheitsverbund im Einsatz befindlichen elektronischen Dokumentationssysteme eine Auswertung der Wartezeit von der Vereinbarung eines Ambulanztermines bis zur Wahrnehmung dieses Termines nicht vorsah, weshalb auch eine verbundweite Auswertung dieser Zeitspanne nicht möglich war. Ebenso hatte der Gesundheitsverbund bis zum Zeitpunkt der Einschau keine Vorgaben bzw. Definitionen zu den Wartezeiten auf Ambulanztermine erstellt.

Der Stadtrechnungshof Wien zog daher die mittels der bereits mehrfach erwähnten Fragebögen erhobenen Wartezeiten auf Ambulanztermine heran. Diesbezüglich war anzumerken, dass die medizinischen Abteilungen anlässlich der COVID-19-Pandemie

von der Generaldirektion angehalten worden waren, den Ambulanzbetrieb einzuschränken, womit die diesbezüglich erhobenen Daten daher nur bedingt aussagekräftig sind.

Die bekannt gegebenen Wartezeiten auf Termine in den Ambulanzen ließen sich wie folgt zusammenfassen.

7.4.2 Die Abteilungen für Augenheilkunde gaben für ihre Terminambulanzen Wartezeiten in einer Bandbreite von 1 Tag bis zu 16 Wochen bekannt. Die überwiegende Mehrzahl der Ambulanzen der Abteilung für Augenheilkunde nannte als Wartezeit auf einen Termin 2 bis 4 Wochen. Die längste Wartezeit von 16 Wochen betraf eine Spezialambulanz für „*Refraktive Chirurgie*“.

Als Reaktion auf auftretende längere Wartezeiten oder als allgemeine Maßnahmen zur Entlastung der Ambulanzen führten die Abteilungen für Augenheilkunde u.a. die Vermeidung von Mehrfachterminen, die Verlagerung der postoperativen Kontrollen in den extramuralen Bereich aber auch die Ausweitung der Ambulanzzeiten an.

7.4.3 Die orthopädischen und unfallchirurgischen Abteilungen wiesen Wartezeiten in einer Bandbreite von 1 bis 2 Wochen bis hin zu 3 Monaten aus. In der Mehrzahl der Spezialambulanzen bewegte sich die Wartezeit auf einen Ambulanztermin in einer Zeitspanne von 4 bis 8 Wochen.

Als Maßnahmen zur Verkürzung der Wartezeiten auf einen Ambulanztermin nannten jene 2 Abteilungen, die längere Wartezeiten aufwiesen, einerseits die Erhöhung der ärztlichen Personalressourcen für Spezialambulanzen sowie andererseits eine Weiterleitung von Patientinnen bzw. Patienten an im extramuralen Bereich tätige Fachärztinnen bzw. Fachärzte.

7.4.4 Die neurochirurgischen Abteilungen gaben den Stadtrechnungshof Wien Wartezeiten auf Ambulanztermine in einer Bandbreite von 2 bis 10 Wochen bekannt.

Eine neurochirurgische Abteilung verwies darauf, dass ihre Wartezeiten auf einen Ambulanztermin im Vergleich zu Wartezeiten bei niedergelassenen Kassenärztinnen bzw. Kassenärzten kurz seien.

Jene Abteilung, die für Spezialambulanzen sehr kurze Wartezeiten, aber für Termine an der allgemeinen Ambulanz eine 10-wöchige Wartezeit aufwies, begründete Letztere u.a. mit den Vorgaben zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie sowie den limitierten Raumressourcen infolge eines baulichen Gebrechens in den Ambulanzräumen. Grundsätzlich sei das Ambulanzaufkommen auch deshalb hoch, da im extramuralen Bereich kaum Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Neurochirurgie mit Kassenvertrag tätig seien. Als eine Maßnahme zur Verkürzung der Wartezeiten nannte die Abteilung u.a. die Umschichtung von ärztlichen Ressourcen vom stationären in den ambulanten Bereich.

Eine weitere neurochirurgische Abteilung konnte neben den aktuellen Wartezeiten auch Erhebungsdaten für das Jahr 2019 dem Stadtrechnungshof Wien bekannt geben. Ein diesbezüglicher Vergleich zeigte bei allen vorgehaltenen Spezialambulanzen einen z.T. deutlichen Rückgang der Wartezeiten auf Termine. Möglich wurde dies lt. Auskunft der gegenständlichen medizinischen Abteilung beispielsweise durch eine zusätzliche Anstellung von Ärztinnen bzw. Ärzten aber auch durch die Etablierung von telemedizinischen Verlaufskontrollen.

7.4.5 Die chirurgischen sowie die weiteren in die Betrachtungen des Stadtrechnungshofes Wien einbezogenen medizinischen Abteilungen gaben Wartezeiten auf Ambulanztermine in einer Bandbreite von 1 bis zu 12 Wochen bekannt. Längere Wartezeiten wiesen beispielsweise eine sogenannte Hernienambulanz, eine Varizenambulanz sowie eine Angiologische Ambulanz aus. In der überwiegenden Mehrzahl der anderen Ambulanzen hatten die Patientinnen bzw. Patienten 2 bis 4 Wochen Wartezeiten von der Terminvereinbarung bis zum Ambulanzbesuch zu gewärtigen.

Jene medizinischen Abteilungen, die längere Wartezeiten auf Ambulanztermine aufwiesen, begründeten dies beispielsweise mit steigendem Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen oder mit dem Fehlen einer fachärztlichen Stelle mit einer bestimmten Ausbildungsqualifikation. Als Maßnahmen zur Gegensteuerung plante z.B. eine medizinische Abteilung die Einführung eines zusätzlichen Ambulanztages. Eine andere medizinische Abteilung versuchte, mit verbesserter Personal- und Terminorganisation steigenden Wartezeiten entgegenzuwirken.

7.5 Projekt zur Reduktion von Wartezeiten in den Ambulanzen

Der Vorstand des Gesundheitsverbundes beauftragte im April 2020 das Projekt „*Ambulanzorganisation und erste Maßnahmen*“. Als Ausgangslage für das Projekt war angeführt, dass die Spitalsambulanzen der Wiener Städtischen Krankenhäuser eine starke Inanspruchnahme verzeichneten und Patientinnen bzw. Patienten den Eindruck zu langer Wartezeiten von ihrem Eintreffen bis zu deren Untersuchung bzw. Behandlung gewannen. Mittels einer Analyse des Leistungsaufkommens, der jeweiligen Betriebszeiten, der Personalausstattung, der Struktur und der Prozessabläufe sowie aufliegender Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten sollten die Ursachen langer Wartezeiten in den angeführten Ambulanzen erhoben und mögliche Maßnahmen definiert werden.

Der Analyseschwerpunkt lag auf den Fachambulanzen, wobei der Bereich der Notfallambulanzen sowie der Sonderbereich der Psychiatrie lediglich an den Schnittstellen zu den Fachambulanzen betrachtet wurde. Ziele bzw. Nutzen des Projektes waren u.a. die Verbesserung der Arbeitsabläufe, die Reduktion der Wartezeiten in den Ambulanzen, die Vereinheitlichung der Prozesse im Ambulanzbereich sowie die Schaffung der Grundlage für eine kompetenzgerechte Nutzung von Personalressourcen. Die Projektlaufzeit wurde für den Zeitraum April 2020 bis Dezember 2020 festgelegt. Infolge der COVID-19-Pandemie verzögerte sich der Abschluss des Projektes, sodass die entsprechenden Projektergebnisse erst Ende Juni 2021 und somit nach dem Ende der Einschau des Stadtrechnungshofes Wien vorlagen.

7.6 Feststellungen und Empfehlungen

7.6.1 Das im April 2020 von der Generaldirektion des Gesundheitsverbundes initiierte Ambulanzprojekt und die daraus gewonnenen Erkenntnisse waren vom Stadtrechnungshof Wien grundsätzlich zu würdigen. Anzumerken war jedoch, dass sich das gegenständliche Projekt lediglich mit den Wartezeiten vor Ort in den Ambulanzen befasst hatte, während die Wartezeiten auf - zu vereinbarende - Ambulanztermine keine Berücksichtigung fanden.

Die Erhebungen des Stadtrechnungshofes Wien zeigten, dass zum Zeitpunkt der Einschau entsprechende elektronische Auswertungen aus den im Einsatz befindlichen EDV-Systemen nicht oder nur bedingt möglich waren. Dies war zum einen auf die unterschiedlichen Auffassungen der Krankenanstalten zur Thematik der Wartezeiten auf Ambulanzbesuche zurückzuführen, zum anderen verfügte der Gesundheitsverbund über keine entsprechenden unternehmensweiten Vorgaben hinsichtlich der Definition von derartigen Wartezeiten.

7.6.2 Die Wartezeiten auf Ambulanztermine zeigten in den befragten medizinischen Abteilungen insgesamt ein uneinheitliches Bild und bewegten sich in einer Bandbreite von 1 Woche bis hin zu 3 Monaten. Wesentliche Reihungskriterien bei der Vergabe von Ambulanzterminen waren die medizinische Dringlichkeit und/oder die Chronologie nach dem Anmeldedatum. Während der Wartezeiten auf Ambulanztermine war grundsätzlich der extramurale Bereich für die weitere Betreuung zuständig. Ungeachtet dessen standen im Akutfall oder bei Verschlechterungen die Fach- oder Notfallambulanzen des Gesundheitsverbundes grundsätzlich auch den betroffenen Patientinnen bzw. Patienten zur Verfügung.

7.6.3 Für den Ambulanzbetrieb in den Wiener Städtischen Krankenhäusern sowie im Allgemeinen Krankenhaus waren jeweils unterschiedliche EDV-Systeme implementiert, die für die Terminvergaben über elektronische Kalender verfügten. Die stichprobenweise Einschau des Stadtrechnungshofes Wien zeigte, dass in einigen wenigen Bereichen nicht ausschließlich die elektronischen Kalender für die Verwaltung sämtlicher Ambulanztermine verwendet wurden.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl dem Gesundheitsverbund, die implementierten elektronischen Terminkalender - nach Evaluierung der notwendigen Prozesse - für sämtliche Ambulanzangebote der Unternehmung einzusetzen.

7.6.4 Die im Gesundheitsverbund für die Verwaltung der Ambulanzbesuche verwendeten elektronischen Terminkalender verfügten über keine Funktion zur automatisierten Auswertung der Wartezeiten vom Zeitpunkt der Terminvereinbarung bis zum Ambulanztermin. Die Wartezeiten für den Betrachtungszeitraum konnten daher von den medizinischen Abteilungen nur geschätzt oder zeitaufwändig mittels Stichprobe ermittelt werden. Aktuelle Wartezeiten wurden durch Einschau in den elektronischen Terminkalender anhand der nächsten freien Terminslots erhoben. Ein strukturiertes Wartezeitenmonitoring bzw. Controlling war dem Gesundheitsverbund mangels vorhandener Auswertungen somit nicht möglich.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl, die elektronischen Terminplanungssysteme entsprechend zu adaptieren und die Wartezeiten auf Ambulanztermine regelmäßig zu überwachen.

7.6.5 Die Prüfung zeigte weiters, dass der Gesundheitsverbund über keine zentralen Vorgaben - analog zum OP-Statut - zur Organisation des Ambulanzbetriebes einschließlich der Terminvergaben verfügte. Somit lagen auch in den Krankenanstalten sowie in den medizinischen Abteilungen nur z.T. entsprechende Festlegungen, Prozessbeschreibungen u.Ä. vor.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl der Generaldirektion des Gesundheitsverbundes, Grundsatzregelungen zur Organisation des Ambulanzbetriebes in allen Krankenanstalten zu erlassen. In einem weiteren Schritt wären die entsprechenden Prozesse einschließlich der Terminvergaben und Dispositionskriterien von den Krankenanstalten, angepasst auf die jeweiligen Erfordernisse der jeweiligen medizinischen Abteilungen, zu verschriftlichen.

8. Zusammenfassung der Empfehlungen

Empfehlung Nr. 1:

Der Gesundheitsverbund sollte zur Erhöhung der Transparenz des OP-Planungsprozesses die Vorgehensweise bei der Erstellung von Priorisierungslisten sowie bei der Reihung von planbaren operativen Eingriffen präzisieren, wobei hinsichtlich medizinischer Kriterien auch allfällige Empfehlungen von medizinischen Expertinnen bzw. Experten oder Fachgremien einfließen sollten (s. Punkt 4.7.1).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Die Priorisierung erfolgt anhand von abteilungseigenen, auf evidenzbasierten medizinischen Kriterien beruhenden Eingriffslisten. Dieser Vorgang hat sich bewährt.

Eine unternehmensweite Harmonisierung dieser Listen wäre aufwändig. Sollten die Fachkommissionen harmonisierte Priorisierungslisten erstellen, wird die Generaldirektion diese für verbindlich erklären.

Empfehlung Nr. 2:

Die Komplettierung der elektronischen Planungssysteme in den Wiener Städtischen Krankenhäusern wäre voranzutreiben (s. Punkt 4.7.2).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Unter Federführung des Vorstandsressort Informations- und Medizintechnik-Management wird derzeit ein neues Projekt „*Harmonisierung Patient Data Management und OP-Management*“ initiiert und ab dem Jahr 2022 umgesetzt. Dieses Projekt wird die Komplettierung der elektronischen OP-Planungstools in den Wiener Städtischen Krankenhäusern vorantreiben.

Das Vorstandsressort Informations- und Medizintechnik-Management wird anschließend die Lastenhefterstellung und die Beauftragung des Projektes durchführen.

Projektziele:

Nach erfolgreicher Abwicklung des Projektes sind

- alle von der Generaldirektion Stabsstelle Interne Revision und dem Stadtrechnungshof Wien empfohlenen Maßnahmen berücksichtigt,
- alle strategischen Entscheidungen bzgl. eines möglichen Updates getroffen,
- organisatorische Rahmenbedingungen für den Einsatz eines standardisierten „*Patient Data Managements*“ in den Intensiv- und OP-Bereichen geschaffen,
- alle von der Generaldirektion Stabsstelle Interne Revision und dem Stadtrechnungshof Wien aufgezeigten Mängel in den Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes bestehenden Implementierungen des „*Patient Data Managements*“ behoben,
- alle „*Patient Data Management*“ Implementierungen fachbereichsübergreifend (Intensivpflege Erwachsene/Intensivpflege Kinder) harmonisiert,
- die für den laufenden Betrieb und die kontinuierliche Erweiterung des Einsatzes des „*Patient Data Managements*“ in den Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes erforderlichen Prozesse definiert und die personellen Ressourcen bei allen involvierten Organisationseinheiten verfügbar.

Empfehlung Nr. 3:

Die in der Unternehmung eingesetzten elektronischen OP-Planungssysteme sollten optimiert werden, um den Planungsprozess für alle Beteiligten praktikabler zu gestalten und den Einsatz von sonstigen Hilfsmitteln bei der OP-Planung obsolet zu machen.

Sofern eine Integration der noch notwendigen Funktionalitäten in die OP-Planungssoftware nicht wirtschaftlich vertretbar erscheint, wären allenfalls andere Lösungen wie die Anbindung abteilungs- bzw. klinikspezifischer EDV-Tools mittels Schnittstellen in Betracht zu ziehen (s. Punkt 4.7.3).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Wie bereits in der Beantwortung der Empfehlung Nr. 2 ausgeführt, wird der Gesundheitsverbund im Rahmen des neuen Projektes „*Harmonisierung Patient Data Management und OP-Management*“ (Projektumfang s. Beantwortung Empfehlung Nr. 2) die Verbesserung des Planungsprozesses für alle Berufsgruppen in das Lastenheft einfließen lassen und auf die Optimierung von Schnittstellen achten.

Empfehlung Nr. 4:

Das in den Wiener Städtischen Krankenhäusern eingesetzte elektronische OP-Planungstool sollte diesbezüglich adaptiert werden, dass übergreifende Auswertungen zu den Wartezeiten auf operative und invasiv diagnostische Leistungen in valider Qualität über alle Wiener Städtischen Krankenhäuser verfügbar sind, wofür auch die unterschiedlichen Leistungskataloge im OP-Planungssystem zu vereinheitlichen wären (s. Punkt 5.11.1).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Das Auswertungstool „*Analytics*“ wird von der Generaldirektion im 1. Halbjahr 2022 implementiert. Diese Software wird übergreifende Auswertungen zu den OP-Wartezeiten ermöglichen.

Zusätzlich werden die Empfehlungen bzgl. übergreifender Auswertungen zu den Wartezeiten über alle Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes im Lastenheft des neuen Projektes „*Harmonisierung Patient Data Management und OP-Management*“ (s. Beantwortung Empfehlung Nr. 2) verankert werden.

Das Vorstandsressort Klinische Betriebssteuerung intensiviert die Steuerung zur Harmonisierung der Leistungskataloge.

Empfehlung Nr. 5:

Die Berechtigungssysteme für die eingesetzten OP-Planungssysteme sollten periodisch evaluiert sowie eine zentrale Userverwaltung im Gesundheitsverbund eingerichtet werden (s. Punkt 5.11.1).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Derzeit werden die Berechtigungskonzepte sämtlicher im Gesundheitsverbund eingesetzter Software-Applikationen unter Federführung von der MA 01 - Wien Digital unter Mitwirkung des Vorstandsressorts „*Informations- und Medizintechnik-Management*“ im Rahmen des Projektes „*IDM.ONE*“ standardisiert und überarbeitet. Die Umsetzung der Standardisierung soll umgehend erfolgen. Beginnend mit den hochpriorisierten Applikationen wird die Fertigstellung einer zentralen Userverwaltung für alle im Gesundheitsverbund eingesetzten Software-Applikationen bis zum Jahr 2023 fertiggestellt sein. Der detaillierte Maßnahmen- und Terminplan befindet sich derzeit in Ausarbeitung.

Empfehlung Nr. 6:

Vor dem Hintergrund, dass kurze Wartezeiten auf OP-Termine im Regelfall zu einer höheren Patientinnen- bzw. Patientenzufriedenheit beitragen, wären im Gesundheitsverbund Steuerungsmechanismen zu etablieren, die einen verbundweiten Ausgleich von unterschiedlich langen Wartezeiten ermöglichen (s. Punkt 5.11.2).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Grundsätzlich sind die Wartezeiten auf die wichtigsten elektiven Leistungen über die Webseite des Gesundheitsverbundes öffentlich verfügbar. Derzeit ist dieser Service zwar pandemiebedingt

ausgesetzt, er soll aber nach Ende der pandemischen Notlage wieder aufgenommen werden. Grund der Aussetzung war die Auslagerung von Operationen in die Privatkrankenanstalten angesichts der Versorgung von COVID-19-Patientinnen bzw. COVID-19-Patienten im Gesundheitsverbund. Patientinnen bzw. Patienten können sich dann wieder über Wartezeiten informieren und Krankenanstalten mit kürzeren Wartezeiten wählen.

Die Generaldirektion wird überdies die Abteilungen im OP-Rahmenstatut verpflichten, die Patientinnen bzw. Patienten im Fall von langen Wartezeiten über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Abteilungen mit kürzeren Wartezeiten zu informieren.

Empfehlung Nr. 7:

Die Wartezeiten auf häufig erbrachte elektive Eingriffe wären regelmäßig zu überwachen, um bei steigenden Wartezeiten frühzeitig Gegensteuerungsmaßnahmen einleiten zu können (s. Punkt 5.11.3).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Die Wartezeiten auf die wichtigsten elektiven Leistungen werden im Gesundheitsverbund bereits regelmäßig überwacht. Wenn Wartezeiten steigen, werden die Ursachen ermittelt. Ein wesentlicher Ressourcenfaktor in der OP-Planung ist die Verfügbarkeit von Intensiv- und Überwachungskapazitäten. Bedingt durch die COVID-19-Pandemie wurden die Intensivressourcen für elektive Eingriffe stark eingeschränkt, womit ein Anstieg der Wartezeiten auf elektive Eingriffe einherging.

Empfehlung Nr. 8:

Die Generaldirektion des Gesundheitsverbundes sollte verbundweit geltende Richtwerte hinsichtlich der Wartezeiten auf häufig erbrachte elektive OP-Leistungen definieren (s. Punkt 5.11.4).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Die Generaldirektion wird die Definition von Richtwerten für Wartezeiten auf elektive Eingriffe mit Gefahr besonders langer Wartezeiten durch die Fachkommissionen beauftragen. Auf diese Weise soll der Service im Sinn der Patientinnen- bzw. Patientenorientierung erhöht werden.

Empfehlung Nr. 9:

Die im OP-Rahmenstatut vorgesehenen Evaluierungen der anstaltsspezifischen OP-Statute wären von der Generaldirektion des Gesundheitsverbundes regelmäßig einzufordern, auf Umsetzung zu überprüfen und dies entsprechend zu dokumentieren (s. Punkt 6.8.1).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Bedingt durch die außergewöhnlichen Belastungen durch die COVID-19-Pandemie in den Jahren 2021 bis 2022 wurden die regelmäßigen Evaluierungen von Statuten nicht hoch priorisiert. Nach Abflauen der Belastungen durch die Pandemie werden die Evaluierungen ehest durchgeführt.

Empfehlung Nr. 10:

Die für die Tätigkeit der OP-Managerinnen bzw. OP-Manager erforderliche Personalausstattung sollte unter Bedachtnahme auf die jeweiligen anstaltsspezifischen Gegebenheiten evaluiert und festgelegt werden (s. Punkt 6.8.2).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Die neue Norm-Stellenbeschreibung für OP-Managerinnen bzw. OP-Manager befindet sich derzeit in Prüfung durch die Personalvertretung. Nach Freigabe dieses Dokuments durch den Vorstand wird das Tätigkeitsbild der OP-Managerinnen bzw. OP-Manager unternehmensweit einheitlich umgesetzt werden.

Empfehlung Nr. 11:

Vom Gesundheitsverbund sollten sämtliche Gründe und Ursachen für die Sperren von OP-Sälen in den Wiener Städtischen Krankenhäusern systematisch erhoben, dokumentiert sowie in Form von Kennzahlen regelmäßig ausgewertet werden (s. Punkt 6.8.3).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Am 30. November 2021 wurden mit der Version 6 des OP-Rahmenstatuts die Gründe für Sperren von OP-Sälen unternehmensweit einheitlich vorgegeben. Mithilfe der in absehbarer Zeit verfügbaren Software „Analytics“ werden zentrale Auswertungen der OP-Sperren und der Ursachen möglich sein.

Empfehlung Nr. 12:

Um die gemäß Spitalskonzept 2030 angestrebten Betriebszeiten in den Zentral-OP der Wiener Städtischen Krankenhäuser von Montag bis Freitag von 8.00 Uhr bis 19.00 Uhr flächendeckend etablieren zu können, wären nach Ansicht des Stadtrechnungshofes Wien entsprechende anstaltsspezifische personelle bzw. organisatorische Maßnahmen festzulegen und schrittweise umzusetzen (s. Punkt 6.8.4).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Die Generaldirektion arbeitet im Rahmen von Transformationsprojekten daran, die gemäß Spitalskonzept 2030 angestrebten Betriebszeiten bis zum Jahr 2030 umzusetzen.

Empfehlung Nr. 13:

In Anbetracht des Stellenwertes des OP-Bereiches sollten in den Wiener Städtischen Krankenhäusern - in Anlehnung an die Vorgehensweise im Allgemeinen Krankenhaus - klare strategische und operative Vorgaben bzw. Zielwerte für die OP-Bereiche definiert werden (s. Punkt 6.8.5).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Nach Abflauen der Belastungen durch die Pandemie wird diese Maßnahme ehest durchgeführt.

Empfehlung Nr. 14:

Im Sinn einer zentralen Steuerung wäre vom Gesundheitsverbund regelmäßig die Einhaltung bzw. der jeweilige Umsetzungsstatus der gesetzten Ziele zu überprüfen sowie gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen einzuleiten (s. Punkt 6.8.5).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Mithilfe der Software „Analytics“ werden zentrale Auswertungen der OP-Kennzahlen möglich sein. Auf diese Weise können Auswertungen im Sinn eines internen Benchmarkings im Experten- bzw. Expertenpanel „OP-Management“ analysiert und steuernde Maßnahmen angestoßen werden.

Empfehlung Nr. 15:

Die Kennzahlen für den OP-Bereich im Gesundheitsverbund sollten den einzelnen Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes und den medizinischen Abteilungen in Form eines internen Benchmarks zur Verfügung stehen und als Basis für eine Weiterentwicklung bzw. Optimierung dienen (s. Punkt 6.8.5).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Die Software „Analytics“ wird auch den Krankenanstalten und den medizinischen Abteilungen zentrale Auswertungen der OP-Kennzahlen ermöglichen. Die auf Basis dieser Kennzahlen

abgeleiteten Maßnahmen werden in der Folge in den einzelnen OP-Konferenzen der Krankenanstalten abgestimmt und unter Federführung der OP-Managerinnen bzw. OP-Manager umgesetzt. Die Kollegialen Führungen überwachen die Umsetzung der abgeleiteten Maßnahmen und die Erreichung der gesetzten Ziele.

Empfehlung Nr. 16:

Die für die Planung der Ambulanztermine implementierten elektronischen Terminkalender sollten - nach Evaluierung der notwendigen Prozesse - für sämtliche Ambulanzangebote des Gesundheitsverbundes eingesetzt werden (s. Punkt 7.6.3).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Derzeit können Patientinnen bzw. Patienten in der Klinik Hietzing und der Klinik Floridsdorf des Gesundheitsverbundes Ambulanztermine online buchen.

Eine flächendeckende Ausrollung wird anhand der Modellprojekte evaluiert und für den Vorstand aufbereitet.

Empfehlung Nr. 17:

Die elektronischen Terminplanungssysteme wären um Auswertungsmöglichkeiten hinsichtlich Wartezeiten auf Ambulanztermine zu ergänzen und diese dann regelmäßig zu überwachen (s. Punkt 7.6.4).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:

Basis für die Auswertbarkeit der Wartezeiten auf Ambulanztermine ist die Standardisierung des Begriffes „Wartezeit“ (exakter Beginn und exaktes Ende der Wartezeit) innerhalb des Gesundheitsverbundes. Diese Festlegung wird umgehend durchgeführt. Eine Auswertbarkeit der Wartezeiten auf Ambulanztermine erfordert u.a. die flächendeckende Ausrollung gemäß Empfehlung

Nr. 16. Anschließend wird ein entsprechender Zeitplan für die Umsetzung der Auswertbarkeit festgelegt. Da die Implementierung in den beiden Krankenhausinformationssystemen des Gesundheitsverbundes erfolgen muss, ist die Integration als komplex einzustufen.

Empfehlung Nr. 18:

Die Generaldirektion des Gesundheitsverbundes sollte Grundsatzregelungen zur Organisation des Ambulanzbetriebes in den Krankenanstalten erlassen. In einem weiteren Schritt wären die entsprechenden Prozesse wie Terminvergabe und Dispositionskriterien von den Krankenanstalten, angepasst auf die jeweiligen Erfordernisse der jeweiligen medizinischen Abteilungen, zu verschriftlichen (s. Punkt 7.6.5).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund:
Das Projekt „Ambulanzorganisation“ wird in der Klinik Floridsdorf pilotiert und soll nach Evaluierung ausgerollt werden.

Der Stadtrechnungshofdirektor:

Mag. Werner Sedlak, MA

Wien, im Dezember 2021