



## Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund, Prüfung der Abteilun- gen für Urologie

StRH II - 2231105-2022

## Impressum

Stadtrechnungshof Wien  
Landesgerichtsstraße 10  
1082 Wien  
Telefon: +43 1 4000 82911  
E-Mail: [post@stadtrechnungshof.wien.at](mailto:post@stadtrechnungshof.wien.at)  
[www.stadtrechnungshof.wien.at](http://www.stadtrechnungshof.wien.at)

Der vorliegende Bericht ist ein Beitrag für den StRH Wien - Tätigkeitsbericht 2024.



## Kurzfassung

Der StRH Wien unterzog die Abteilungen für Urologie des Gesundheitsverbundes einer Prüfung, wobei schwerpunktmäßig die Anzahl der vorgehaltenen Betten, die Entwicklung wichtiger Leistungsdaten sowie des medizinischen und pflegerischen Personals betrachtet wurden. Ziel der Prüfung war es, Verbesserungspotenziale bei der urologischen Versorgung in den Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes nach Umsetzung der medizinischen Schwerpunktbildung einhergehend mit einer Reduktion der bettenführenden urologischen Abteilungen aufzuzeigen. Das urologische Leistungsangebot des Gesundheitsverbundes umfasste zum Zeitpunkt der Einschau vier bettenführende Abteilungen sowie fünf öffentlich zugängliche Ambulanzen.

Die Einschau zeigte u.a. auf, dass im Jahr 2022 von den 197 urologisch systemisierten Betten des Gesundheitsverbundes wegen umfangreicher Bettensperren aus organisatorischen und personellen Gründen lediglich 113 Betten betrieben werden konnten. Der StRH Wien empfahl, die Zahl der tatsächlichen Betten im Fachbereich für Urologie so rasch wie möglich an den Planbettenstand des Regionalen Strukturplanes Gesundheit heranzuführen.

Hinsichtlich der Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog war festzustellen, dass diese oftmals durch Aufnahme in den stationären Bereich mit einmaliger Nächtigung oder mehrtägigem Aufenthalt erbracht wurden. Dahin gehend empfahl der StRH Wien eine Analyse der stationären Aufenthalte bei weiteren urologischen Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog sowie allenfalls die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen, um in weiterer Folge die Leistungserbringung bei diesen Eingriffen im tagesklinischen bzw. ambulanten Setting zu erhöhen.

Die Prüfung zeigte weiters auf, dass in einer Krankenanstalt ärztliche Dienstposten im Bereich der Anästhesie nicht besetzt werden konnten, was sich auch auf die OP-Kapazitäten der urologischen Abteilung auswirkte. Ebenso problematisch stellte sich teilweise die Situation beim Pflegepersonal dar. So sank der Besetzungsgrad des pflegerischen Personals in den Abteilungen für Urologie gesamthaft betrachtet von 97 % im Dezember 2020 auf 79,8 % im Dezember 2022. Hinzu kamen in diesem Bereich teilweise sehr hohe Krankenabsenzen. Der StRH Wien empfahl sämtliche Personalrekrutierungsmaßnahmen zu forcieren, um ausreichend medizinisches und pflegerisches Personal langfristig sicherzustellen.

Der StRH Wien unterzog die Abteilungen für Urologie des Gesundheitsverbundes einer 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

<b>1.</b>	<b>Prüfungsgrundlagen des StRH Wien .....</b>	<b>16</b>
1.1	Prüfungsgegenstand .....	16
1.2	Prüfungszeitraum .....	16
1.3	Prüfungshandlungen .....	16
1.4	Prüfungsbefugnis .....	17
1.5	Vorberichte .....	17
<b>2.</b>	<b>Allgemeines .....</b>	<b>17</b>
2.1	Österreichischer Strukturplan Gesundheit sowie Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien .....	17
2.2	Gesetzliche Grundlagen .....	18
2.3	Planungsgrundlagen des Gesundheitsverbundes .....	19
2.4	Transformationsprojekt im Fachbereich Urologie .....	21
2.5	Zielvereinbarungen .....	24
<b>3.</b>	<b>Leistungsangebot der Abteilungen für Urologie.....</b>	<b>26</b>
3.1	Überblick .....	26
3.2	Bettenkapazitäten.....	27
3.3	OP-Leistungsstunden .....	33
<b>4.</b>	<b>Leistungsdaten .....</b>	<b>40</b>
4.1	Stationärer Bereich.....	40
4.2	Spitalsambulanter Bereich .....	45
4.3	Tagesklinische Leistungserbringung.....	48
4.4	LDF-Punkte.....	50
4.5	Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten .....	52

<b>5.</b>	<b>Personelles .....</b>	<b>54</b>
5.1	Ärztliches Personal .....	54
5.2	Pflegepersonal.....	57
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung der Empfehlungen .....</b>	<b>63</b>

## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Medizinischer Masterplan“, Regionen und Partnerspitäler .....	20
Abbildung 2: Planbetten lt. Zielplanungen und systemisierte Betten 2022.....	28
Abbildung 3: Entwicklung der systemisierten Betten .....	28
Abbildung 4: Gesperrte Betten .....	29
Abbildung 5: Tatsächliche Betten und Auslastung.....	31
Abbildung 6: Kenndaten des stationären Bereiches .....	40
Tabelle 1: Fallzahlen und durchschnittliche Belagsdauern der fünf am häufigsten erbrachten Leistungsgruppen .....	41
Abbildung 7: Ambulanzfrequenzen.....	45
Abbildung 8: Entwicklung der LDF-Punkte .....	51
Tabelle 2: Anteil Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten an den Entlassungen in %.....	53
Tabelle 3: Ärztliches Personal.....	55
Tabelle 4: Pflegepersonal der urologischen Abteilungen .....	58
Abbildung 9: Skill- & Grad-Mix Stand 31.12.2022 in VZÄ.....	62

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Allgemeines Krankenhaus, AKH	Teilunternehmung Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus
Art.	Artikel
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BDMW	Belagsdauerermittelwerte
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMASGK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019
d.h.	das heißt
d.s.	das sind
DP	Dienstposten
DSP, KDO	Donauspital, nunmehr Klinik Donaustadt
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
ERP	Enterprise Resource Planning
ESWL	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
etc.	et cetera
exkl.	exklusive
FH	Fachhochschule
FK	Führungskräfte
FSW	Fonds Soziales Wien
Gesundheitsverbund	Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HDG	Hauptdiagnose-Gruppe
https	Hypertext Transfer Protocol Secure
IMCU	Intermediate Care Unit
inkl.	inklusive

IT	Informationstechnologie
KAR, KLA	Krankenanstalt Rudolfstiftung, nunmehr Klinik Landstraße
KFJ, KFN	Kaiser-Franz-Josef-Spital, nunmehr Klinik Favoriten
KHR, KHI	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, nunmehr Klinik Hietzing
KOR	Klinik Ottakring
LDF	Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LRH	Landesrechnungshof
lt.	laut
MA	Magistratsabteilung
MEL	Medizinische Einzelleistungen
Mio. EUR	Millionen Euro
MTDG	Medizinische, Therapeutische und Diagnostische Gesundheitsberufe
NÖ	Niederösterreich
Nr.	Nummer
o.a.	oben angeführt
OÖ	Oberösterreich
OP	Operation
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PA/PFA	Pflegeassistenz/Pflegefachassistenz
pdf	Portable Document Format
rd.	rund
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S	Seite
s.	siehe
SOP	Standard Operating Procedure
StRH	Stadtrechnungshof
Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser	Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung
TZW	Traumazentrum Wien
u.a.	unter anderem
u.dgl.	und dergleichen



VZÄ	Vollzeitäquivalent
W-BedG	Wiener Bedienstetengesetz
WIGEV	Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund
WIL, KOR	Wilhelminenspital, nunmehr Klinik Ottakring
WIPEP	Wiener Gesundheitsverbund - Personal Pflege
WStV	Wiener Stadtverfassung
www	World Wide Web
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

## Glossar

### Affektion

Befall eines Organs mit Krankheitserregern.

### Ambulanzfrequenz

Anzahl der Patientinnen- bzw. Patientenkontakte in den Spitalsambulanzen.

### Aufnahme

Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten, die in einer Krankenanstalt bzw. bettenführenden Abteilung aufgenommen werden, die durch eine Inanspruchnahme der tatsächlichen aufgestellten Betten erfolgte.

### Belagstage

Summe der Mitternachtsstände der Patientinnen bzw. Patienten nach bettenführenden Abteilungen und Krankenanstalten.

### Eintagespflegen/Nulltagesaufenthalte/tagesklinische Aufenthalte

Stationäre Aufenthalte, bei denen die Patientinnen bzw. Patienten an ein und demselben Tag aufgenommen und entlassen werden und daher um Mitternacht kein Bett belegen.

### Elektive OP/Elektiver Eingriff

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.

### ERP-System (Enterprise Resource Planning)

Bezeichnet eine Softwarelösung für die Planung, Steuerung und Kontrolle der unternehmerischen und betrieblichen Abläufe auf einer einheitlichen Datenbasis.

### Extramuraler Bereich

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

### **Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)**

Zertrümmern von Harnsteinen mittels Stoßwellen, die außerhalb des Körpers erzeugt werden.

### **Endoskopisch**

Durch Endoskop (ist ein mit elektrischer Lichtquelle und Spiegeln versehenes optisches Instrument zur Untersuchung von Hohlorganen und Körperhöhlen und zur gezielten Entnahme von Gewebeproben) erfolgend.

### **Fremdlieger**

Patientinnen bzw. Patienten, die ein Bett auf einer Station einer anderen Fachrichtung belegen.

### **Frequenzen**

Anzahl der Besuche.

### **Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten**

Patientinnen bzw. Patienten, die ihren Hauptwohnsitz in einem anderen Bundesland oder im Ausland haben.

### **Gefährdungsanzeige**

Mit der Gefährdungsanzeige wird der unmittelbaren Führungskraft schriftlich zur Kenntnis gebracht, dass eine konkrete Organisationseinheit zeitlich absehbar nicht mehr dazu in der Lage sein wird, den sich aus den Pflichten des Dienstvertrages bzw. Behandlungsvertrages ergebenden quantitativen bzw. qualitativen Anforderungen nachzukommen, wodurch das Risiko eines Schadenseintritts entsteht bzw. nicht unbeachtlich erhöht wird. Eine mit hoher Wahrscheinlichkeit akut eintretende Gefährdung der Gesundheit bzw. des Lebens von Patientinnen bzw. Patienten geht damit nicht einher. Im Rahmen einer Gefährdungsanzeige ist eine exakte Risikobenennung und Situationsbeschreibung vorzunehmen.

### **Gesperrte Betten**

Betten, die aus verschiedenen Gründen für eine Belegung nicht zur Verfügung stehen.

### **Intensivbetten**

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.

### **IMCU-Betten**

Betten, die im Intermediate Care Unit aufgestellt sind. Dieses ist das Bindeglied zwischen Intensivpflege- und Normalpflegestation in einer Krankenanstalt und behandelt Patientinnen bzw. Patienten mit schweren Erkrankungen, die eine intensivmedizinische Versorgung ohne invasive Beatmung und ohne Nierenersatztherapie benötigen (z.B. akutes Koronarsyndrom, akute schwerwiegende Herzrhythmusstörungen, schwere Infektionen und septische Prozesse u.dgl.).

### **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 Herzkatheteruntersuchungen - erforderlich ist.

### **Konsiliarisch**

Beratend

### **LDF-Punkte**

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

### **Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung**

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 und Patienten anfallen (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 bundesweit einheitlichen Bepunktung von (stationären) Aufenthalten in Krankenanstalten.

### **LKF-System**

Anwendung des LKF-Modells zur Abrechnung der (stationären) Aufenthalte in Krankenanstalten im Rahmen der Landesgesundheitsfonds.

### **Mangelfach**

Bei einem durch das Gesundheitsministerium als Mangelfach deklariertem Fach kann der Ausbildungsschlüssel reduziert werden, sodass in einer Ausbildungsstätte bei gleicher Anzahl an fachspezifischen Oberärztinnen bzw. Oberärzten mehr Assistenzärztinnen bzw. Assistenzärzte ausgebildet werden können. Die Anerkennung als Mangelfach erfolgt befristet, wobei zum Zeitpunkt der Prüfung die Sonderfächer Gerichtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie Strahlentherapie-Radioonkologie bis 31. Mai 2027 als Mangelfach gelistet wurden (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015).

### **MEL-Gruppe**

Operative oder nicht-operative Leistung aus einem Katalog mit Leistungspositionen, wobei medizinische Einzelleistungen zu medizinisch zusammengehörenden Gruppen zusammengefasst werden (z.B. MEL14.08 - Totalendoprothetik des Hüftgelenks).

### **Nephrolithiasis**

Auftreten von Steinen in den Nieren.

## **Onkologisch**

Die Onkologie (Teilgebiet der Medizin, das sich mit den Tumoren und besonders den malignen Tumorerkrankungen befasst) betreffend.

## **Öffentliche Krankenanstalten**

Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt bei Vorliegen eines Bedarfes zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege von der Landesregierung verliehen werden, wenn sie den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes bzw. einer Verordnung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes entspricht, gemeinnützig ist und die Erfüllung der ihr nach diesem Gesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind.

## **Planbetten**

Betten, die bis zum Ende des Planungshorizontes umzusetzen sind. Die Planbetten stellen Bettenobergrenzen dar, die nicht überschritten werden dürfen.

## **Pflegetage**

Aufenthaltsstage von Patientinnen bzw. Patienten inkl. des Aufnahme- und Entlassungstags in einer Krankenanstalt.

## **Suprapubischer Katheter**

Katheter, der über die Bauchdecke eingesetzt wird, um die Blase zu entleeren.

## **Systemisierte Betten**

Anhand sanitätsbehördlicher Genehmigung festgelegte Bettenanzahl in Krankenanstalten.

## **Tatsächliche Betten**

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

## **Transurethraler Katheter**

Blasen Katheter, der durch die Harnröhre in die Harnblase eingeführt wird.

### **Transurethrale Resektion**

Urologische OP-Technik, bei der erkranktes Gewebe der Harnblase oder Prostata abgetragen wird.

### **Urologie**

Teilgebiet der Medizin, welches sich mit den Krankheiten der harnbildenden und harnableitenden Organe sowie den Geschlechtsorganen des Mannes beschäftigt.

### **Ureterorenoskopie**

Spiegelung des Harnleiters und des Nierenbeckens mit einem Endoskop zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken.

### **Ureterstein**

Harnleiterstein

### **Verweildauer/Belagsdauer**

Dauer eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus in Belagstagen.

### **Wochenstation/Wochenklinik**

Eine Station, die von Montag bis Freitag betrieben wird.

### **Zirkumzision**

Beschneidung bei männlichen Personen.

# Prüfungsergebnis

## 1. Prüfungsgrundlagen des StRH Wien

### 1.1 Prüfungsgegenstand

Der Gesundheitsverbund reduzierte im Rahmen der im Spitalskonzept 2030 vorgesehenen medizinischen Schwerpunktbildung die Anzahl seiner bettenführenden urologischen Abteilungen von vormals sechs auf vier. Vor diesem Hintergrund prüfte der StRH Wien die Entwicklungen im Fachbereich für Urologie. Neben dem sogenannten Transformationsprojekt, nämlich der Zusammenlegung der Abteilungen, wurden dabei schwerpunktmäßig die Anzahl der vorgehaltenen Betten oder die Anzahl der Ärztinnen bzw. Ärzte sowie die Entwicklung wichtiger Leistungsdaten betrachtet.

Prozess- und Arbeitsabläufe der urologischen Abteilungen waren nicht Gegenstand der Prüfung.

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

### 1.2 Prüfungszeitraum

Die gegenständliche Prüfung wurde im ersten Halbjahr 2023 von der Abteilung Gesundheit und Soziales des StRH Wien durchgeführt. Das Eröffnungsgespräch mit der geprüften Stelle fand im Dezember 2022 statt. Die Schlussbesprechung wurde in der zweiten Aprilwoche 2024 durchgeführt. Der Betrachtungszeitraum umfasste die Jahre 2019 bis 2022, wobei partiell frühere und auch spätere Entwicklungen in die Einschau einbezogen wurden.

### 1.3 Prüfungshandlungen

Die Prüfungshandlungen umfassten Dokumentenanalysen, Internetrecherchen, Berechnungen und Belegprüfungen. Interviews fanden mit Mitarbeitenden der Generaldirektion des Gesundheitsverbundes, mit den Abteilungsvorständen der Abteilungen für Urologie sowie mit ärztlichen und pflegerischen Direktorinnen bzw. Direktoren statt.



Die geprüfte Stelle legte die geforderten Unterlagen zeitgerecht vor, sodass sich keine Verzögerungen im Prüfungsablauf ergaben.

## 1.4 Prüfungsbefugnis

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

## 1.5 Vorberichte

Das gegenständliche Thema wurde vom LRH Oberösterreich im Bericht „Urologische Versorgung in OÖ“ und vom LRH Niederösterreich „Urologische Versorgung in den NÖ Universitäts- und Landeskliniken“ abgehandelt.

# 2. Allgemeines

## 2.1 Österreichischer Strukturplan Gesundheit sowie Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien

2.1.1 Bund, Länder und Gemeinden sowie die Träger der Sozialversicherung teilen sich die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung. Gemeinsam beschließen diese das Planungsinstrument ÖSG als österreichweit einheitlichen Rahmenplan. Der ÖSG wurde erstmals 2006 vereinbart und liegt mittlerweile in der fünften Revision vor. Der ÖSG 2017 basiert auf dem Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I Nr. 26/2017) und auf den zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie Zielsteuerung-Gesundheit. Der ÖSG selbst hatte die Qualität eines Sachverständigengutachtens, wobei ausgewählte Inhalte des ÖSG 2017 per Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH verbindlich gemacht werden konnten. Der ÖSG 2017 wurde am 30. Juni 2017 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen und gliederte sich mit einer allgemeinen Beschreibung in die Abschnitte Planung, Qualitätskriterien und Großgeräte. Planung und Qualitätskriterien unterschieden zwischen ambulantem, stationärem und rehabilitativem Bereich. Die Planungsaussagen des ÖSG 2017 bezogen sich auf das Jahr 2025, wobei zusätzlich für die Planung auf Länderebene Orientierungswerte für das Jahr 2030 enthalten waren.

Mit Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 18. Dezember 2020 erfolgten Anpassungen der Planungsrichtwerte auf das Jahr 2025, die Einführung der Messgrößen „Bettenmessziffer vollstationär“, „Platzmessziffer“ und „Kapazitätsmessziffer“, die Aufnahme weiterer Fachbereiche in die Qualitätskriterien der ambulanten Versorgung, die Aktualisierung der Planungsmatrix für die regionale Strukturplanung und die Abstimmung der Leistungsmatrix auf das LKF-Modell 2021. Zudem erschien ein eigener Methodenband.

Der ÖSG war die Grundlage für die regionalen Strukturpläne, die vom jeweiligen Land und den zuständigen Sozialversicherungsträgern vereinbart wurden und die Versorgung im Detail regelten.

2.1.2 Der ÖSG 2017 gab Kriterien und Richtwerte für die regionale Angebotsplanung und damit für den RSG für Wien vor. Regionale Besonderheiten konnten mittels der vorgegebenen Bandbreiten bei der standortbezogenen Planung und Steuerung berücksichtigt werden.

Der auf der Grundlage des ÖSG erstellte RSG Wien enthielt u.a. die Kapazitätsplanung auf Ebene der Fondskrankenanstalten. Die Kapazitätsplanung wies dabei für jede Krankenanstalt die vorzuhaltenden medizinischen Fachbereiche aus. Für jeden Fachbereich wurde weiters die Zahl der systemisierten Betten und der tatsächlichen Betten sowie die künftig geplanten Betten (Planbetten) ausgewiesen. Die Planbetten waren dabei als Bettenobergrenzen anzusehen. Der RSG wurde von der Wiener Landeszielsteuerungskommission (vormals Landesgesundheitsplattform) beschlossen.

Die Verbindlichmachung der Krankenanstaltenplanung erfolgte ursprünglich mittels Verordnung der Wiener Landesregierung (zuletzt Wiener Krankenanstaltenplan 2019) sowie seit dem Jahr 2020 per Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH.

In dem vom StRH Wien gewählten Prüfungszeitraum der Jahre 2019 bis 2022 galten die RSG mit der Zielplanung für das Jahr 2020 sowie für das Jahr 2025.

## 2.2 Gesetzliche Grundlagen

2.2.1 Zu den gesetzlichen Regelungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten zählten insbesondere das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten

als Grundsatzgesetz sowie das Wiener Krankenanstaltengesetz als entsprechendes Ausführungsgesetz.

Die genannten Krankenanstaltengesetze regelten u.a. die möglichen Organisationsformen sowie den inneren Betrieb von Krankenanstalten. Für öffentliche Krankenanstalten galten besondere Bestimmungen wie z.B. für die Aufnahme und Entlassung von Patientinnen bzw. Patienten.

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen waren Schwerpunktkrankenanstalten u.a. mit einer Abteilung für Urologie einzurichten. Die Landesregierung konnte davon allerdings absehen, wenn im Einzugsgebiet der Krankenanstalt, ein entsprechendes Leistungsangebot der jeweiligen Versorgungsstufe einer anderen Krankenanstalt bereits bestand und ein Bedarf an der Errichtung oder Weiterführung der Abteilung nicht gegeben war. Zentralkrankenanstalten waren grundsätzlich mit allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen einzurichten.

## 2.3 Planungsgrundlagen des Gesundheitsverbundes

2.3.1 Im Jahr 2011 beschloss der Wiener Gemeinderat das Spitalskonzept 2030, mit welchem die Stadt Wien eine Gesundheitsstrategie für die nächsten 20 Jahre festlegte.

Schwerpunkt des Spitalskonzeptes 2030 war die Bündelung aller Leistungen im Gesundheitsverbund an insgesamt sieben Standorten. In diesem Zusammenhang begann der Gesundheitsverbund Ende des Jahres 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 drei Regionen organisiert werden. In jeder Region würde es zwei Partnerspitäler als Schwerpunktkrankenanstalten mit einem aufeinander abgestimmten Leistungsangebot geben, die einander ergänzen sollten. Das Allgemeine Krankenhaus sollte als Universitätskrankenanstalt in vollem Umfang und mit seinem Leistungsangebot bestehen bleiben.

Abbildung 1: „Medizinischer Masterplan“, Regionen und Partnerspitäler



Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH 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 zwischen den Standorten abgestimmte interdisziplinäre und monodisziplinäre Zentren geplant. Die Umsetzung der geplanten Strukturen und Anpassungen sollte im Rahmen eines - über mehrere Jahre dauernden - Transformationsprozesses erfolgen.

Für den Fachbereich Urologie war eine Konzentration an den drei Standorten der Onkologischen Zentren in den Kliniken Donaustadt, Favoriten sowie Ottakring vorgesehen. Weiters war ein Kompetenzzentrum für Nierensteine an der letztgenannten Klinik geplant. Die jeweiligen Partnerspitäler der Region (Kliniken Floridsdorf, Hietzing, Landstraße) sollten im Bedarfsfall konsiliarisch betreut werden.

2.3.2 Parallel mit der Erstellung des „Medizinischen Masterplanes“ der Wiener Städtischen Krankenhäuser wurde auch für das Allgemeine Krankenhaus ein „Medizinischer Masterplan“ ausgearbeitet. Grundsätzlich sollte weiterhin eine universitäre Zentralversorgung im Allgemeinen Krankenhaus bestehen. Weiters war ein Ziel, die Masterpläne zwischen den Wiener Städtischen Krankenhäusern und dem Allgemeinen Krankenhaus abzustimmen. Diesbezüglich sollte 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 und umgekehrt. Der „Medizinische Masterplan“ des Allgemeinen Krankenhauses vom Juni 2015 sah 48 systemisierte Betten für die Universitätsklinik für Urologie vor.

## 2.4 Transformationsprojekt im Fachbereich Urologie

2.4.1 Wie bereits erwähnt waren im Zuge der Realisierung des Spitalskonzeptes 2030 und des „Medizinischen Masterplanes“ fachliche Schwerpunktbildungen und damit verbunden die Bündelung von Ressourcen und fachlichen Kompetenzen vorgesehen.

Vor diesem Hintergrund beauftragte der damalige Vorstand des Gesundheitsverbundes im Jahr 2016 die Planungsprojekte *„Integration der Urologischen Abteilungen KHR und WIL am Standort WIL inkl. Leistungsverlagerungen“* sowie *„Integration der Urologischen Abteilungen KAR und KFJ mit Leistungsverlagerungen von KAR ins KFJ und DSP“*. Beide Planungsprojekte hatten u.a. die Leistungs- und Kapazitätsplanungen für die Funktionsbereiche Station, OP und Ambulanz, die Grundlagen der Betriebsorganisation sowie Personalbedarfsplanungen für die Berufsgruppen Ärztinnen bzw. Ärzte, Pflege und MTDG zum Gegenstand. Die bisher in der Klinik Landstraße sowie in der Klinik Hietzing durchgeführte ESWL sollte als Steinzentrum am Standort der Klinik Ottakring zusammengeführt werden. Die Durchführung der Personaleinsatzplanungen, der Adaptionen der Infrastrukturen der Krankenanstalten, der Prozesse zur Teamentwicklung sowie einer Folgekostenabschätzung waren für das nachfolgende Umsetzungsprojekt vorgesehen. Die Endberichte mit den errechneten Planzahlen (Bettenzahlen, OP-Kapazitäten und Ambulanzzeiten) für die 3 verbleibenden Krankenanstalten lagen im Herbst 2017 vor.

2.4.2 Im Dezember 2020 erteilte die Generaldirektorin den Projektauftrag *„Konzeption und Umsetzung der Leistungsverlagerungen der Urologie von der KLA und der KHI“*. Das Projekt-

ende war mit Ende September 2021 vorgesehen. Basierend auf einer Ziel- und Gesamtplanung wurde festgelegt, dass die Abteilung für Urologie der Klinik Landstraße zu je 50 % an die Klinik Favoriten sowie die Klinik Donaustadt und die ESWL-Funktion an die Klinik Ottakring als künftiges Steinzentrum verlagert werden soll. Die Leistungen der Abteilung für Urologie der Klinik Hietzing sollten zur Gänze von der Klinik Ottakring erbracht werden. Ausdrücklich festgehalten war, dass es durch die Leistungsverlagerungen insgesamt zu keiner Leistungsreduktion kommen sollte. Das Projekt gliederte sich in die fünf Teilprojekte „Projektmanagement“, „Übergreifende Konzeption der Urologie im Wiener Gesundheitsverbund und Kommunikation und Change-Management“, „Umsetzung KDO“, „Umsetzung KFN“ und „Umsetzung KOR“ mit jeweils einer Reihe von Arbeitspaketen. Im Zuge der Projektabwicklung kam ein weiteres Teilprojekt hinzu, welches sich mit der urologischen Versorgung in der Übergangsphase in den Kliniken Landstraße und Hietzing auseinandersetzte. Für die Klinik Landstraße war eine einjährige Konsiliarversorgung vorgesehen. Zudem sollte aufgrund von Umbauarbeiten in der Klinik Ottakring die urologische Ambulanz der Klinik Hietzing bis zum ersten Quartal 2023 weiter betrieben werden.

Im Projektauftrag waren als Mehrwert bzw. Nutzen u.a. die Zusammenführung der fachlichen Kompetenzen, die Sicherstellung der hohen Versorgungsqualität und der Behandlungsprozesse, eine optimierte Aus- und Weiterbildung sowie eine verbesserte Wirtschaftlichkeit angeführt.

Basierend auf Kapazitäts- und Leistungsdaten waren als Rahmenvorgaben für die verbliebenen Urologieabteilungen u.a. die jeweilige Bettenanzahl, die notwendigen OP-Betriebsstunden sowie die Zahl der Untersuchungs- bzw. Behandlungsräumlichkeiten der Ambulanzen festgelegt worden. Für den ambulanten Bereich war geplant, dass die verbliebenen drei Abteilungen für Urologie rd. 85 % des Leistungsvolumens (ambulante Frequenzen) des Jahres 2019 erbringen sollen. Die durch die COVID-19-Pandemie verminderten Ambulanzfrequenzen im Jahr 2020 sollten durch eine verstärkte Einbindung des niedergelassenen Bereiches sowie der Etablierung von Terminambulanzen beibehalten werden.

Wesentliche Schwerpunkte der Arbeitspakete waren neben der infrastrukturellen Umsetzung an den neuen Standorten u.a. auch Personalbedarfsberechnungen für das medizinische, pflegerische, therapeutische sowie für das nicht klinische Personal. Anzumerken war, dass eine Folgekostenschätzung nicht Gegenstand des Transformationsprojektes war. Hinsichtlich der intendierten Verbesserung der Wirtschaftlichkeit war eine Kosten-Nutzen-Analyse nicht erfolgt.

**Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Die Entscheidung zur Zentrierung der Abteilungen für Urologie wurde in erster Linie im Hinblick auf fachliche Schwerpunktsetzungen und Konzentrationen von Leistungen und der damit verbundenen Steigerung von fachlicher Expertise sowie im Hinblick auf eine qualitative Verbesserung der Ausbildung durch ein vergrößertes Leistungsspektrum und gesteigerte Expertise getroffen. Weiters waren Überlegungen zur Sicherstellung der fachärztlichen Personalkapazitäten an den zu betreibenden Standorten dabei ausschlaggebend. Eine Kostenbewertung ist in diesem Fall nicht erforderlich, da es sich um eine rein der Steigerung der Versorgungsqualität geschuldete Initiative handelt.

2.4.3 Zum Projektabschluss im Oktober 2021 standen - wie der Endbericht zum Projekt festhielt - die geplanten urologischen Betten in allen drei Kliniken nicht zur Verfügung. Die Kliniken begründeten dies unterschiedlich, nämlich mit der strukturellen Situation an einer aufnehmenden Station, mit fehlenden Anästhesie-Kapazitäten oder unbesetzten Dienstposten für Pflegepersonal.

2.4.4 Direkt nach Projektabschluss startete im vierten Quartal 2021 eine Nachprojektphase. In dieser wurden acht noch zu bearbeitende Maßnahmen ausgearbeitet. Dazu zählten u.a. die Eröffnung der Aufnahmestation mit urologischen Betten in der Klinik Donaustadt, die zur Verfügungstellung von ärztlichem Anästhesiepersonal in den Kliniken Favoriten und Ottakring sowie die Besetzung von Pflegedienstposten in der Klinik Ottakring. Weiters sollten die Personalstände der Berufsgruppen in den urologischen Abteilungen laufend überwacht sowie mittelfristig die Zielerreichung und die Leistungsentwicklung evaluiert werden. Die Nachprojektphase war bis Oktober 2022 anberaumt.

2.4.5 Parallel zur Nachprojektphase nahm das Vorstandsressort Unternehmensorganisation - Stabsstelle Organisationsmonitoring die Leistungsverlagerungen der Urologieabteilungen in sein Organisationsmonitoring samt zugehöriger quartalsweiser Berichterstattung auf. Im Mittelpunkt standen dabei ein Soll/Ist-Vergleich der Leistungsentwicklung seit der Umsetzung der Leistungsverlagerung und entsprechende Anpassungen des Struktur-



und Personalbedarfes an den drei Standorten. Die Begleitung der Inbetriebnahme des Steinzentrums an der Klinik Ottakring samt Optimierung der Prozesse war noch nicht in das Organisationsmonitoring aufgenommen worden, da sich wesentliche Vorarbeiten, wie beispielsweise die Kennzahlendefinition, erst in der Vorbereitungsphase befanden.

2.4.6 Ab November 2022 fanden Leistungssteuerungssitzungen und Hotspot-Monitoring-Gespräche statt, an denen die Abteilungsvorstände für Urologie, die ärztlichen und pflegerischen Direktorinnen bzw. Direktoren, Vertreterinnen bzw. Vertreter des Vorstandsressorts Klinische Betriebssteuerung sowie teilweise der Vorstand des Gesundheitsverbundes teilnahmen. Gegenständlich waren u.a. die Bettensituation, die OP-Ressourcen, der Anteil an Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten sowie etwaige Handlungsfelder, um Wartezeiten abzubauen.

2.4.7 Der StRH Wien würdigte die umfangreichen Vorbereitungsmaßnahmen, die detaillierten Planungen auf Leistungsebene im Umsetzungsprojekt sowie das nachgehende Monitoring in Form von Soll/Ist-Vergleichen. Ebenso war die Nachprojektphase mit den noch zu bearbeitenden Maßnahmen im Sinn des Projektmanagements zu begrüßen.

## 2.5 Zielvereinbarungen

2.5.1 Die Generaldirektion des Gesundheitsverbundes schloss mit den Krankenanstalten jährlich Zielvereinbarungen ab. Eine Ausnahme bildete aufgrund der COVID-19-Pandemie und der damit einhergehenden nur schwer prognostizierbaren Entwicklungen das Jahr 2020. 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 umfassten Maßnahmen bzw. Projekte zur Erreichung der unternehmensweiten Ziele des Gesundheitsverbundes.

Die Zielvereinbarungen für das Jahr 2021 enthielten u.a. als versorgungspolitisches Ziel die Standortentwicklung auf Grundlage der Ziel- und Gesamtplanung. Als Wirkungsziel war dazu in den Kliniken Donaustadt, Favoriten und Ottakring die Transformation bzw. Übernahme von urologischen Leistungen aus den Kliniken Hietzing und Landstraße festgelegt.



2.5.2 Auf Ebene der Krankenanstalten wurden wiederum dezentrale Zielvereinbarungen zwischen der Leitung der Krankenanstalt und den einzelnen medizinischen Abteilungen bzw. Universitätskliniken getroffen. Die Generaldirektion evaluierte die diesbezüglichen Vorgaben aufgrund der Einführung eines einheitlichen ERP-Systems in allen Dienststellen des Gesundheitsverbundes. Zum Monitoring der Zielvereinbarungen wurde auch ein entsprechender Managementbericht entworfen und als automatisierter Standardbericht im ERP-System hinterlegt. Dieser enthielt u.a. Kennzahlen zu den Betten, zum stationären und ambulanten Leistungsgeschehen (z.B. Aufnahmen, Pflegetage, Frequenzen), zu den LDF-Punkten, zum Personal (z.B. VZÄ, Personalaufwand) sowie ausgewählten Sachaufwendungen.

Die Erhebungen des StRH Wien ergaben, dass mit den Abteilungen für Urologie im Betrachtungszeitraum 2019 bis 2022 nur z.T. Zielvereinbarungen abgeschlossen worden waren. Die vorgelegten Zielvereinbarungen wiesen deutliche Unterschiede in Bezug auf Informationsgehalt, inhaltliche Ausgestaltung, Umfang an ausgewiesenen Leistungs- bzw. Kennzahlen (z.B. Ambulanzfrequenzen, Aufnahmen) aus. Planwerte zu häufig erbrachten medizinischen Einzelleistungen waren lediglich in den Zielvereinbarungen einer urologischen Abteilung festgelegt. Anzumerken war, dass die im o.a. Managementbericht ausgewiesenen Kennzahlen nicht vollumfänglich in den vorgelegten Zielvereinbarungen abgebildet waren.

#### **Empfehlung:**

Der StRH Wien empfahl, für die dezentralen Zielvereinbarungen gewisse Mindestinhalte verbundweit festzulegen. Diese sollten zumindest die im Managementbericht ausgewiesenen Kennzahlen umfassen, sodass ein Monitoring der Zielerreichung sichergestellt werden kann.

Die **Stellungnahme** zu dieser Empfehlung wurde im Punkt Zusammenfassung der Empfehlungen eingearbeitet.

## 3. Leistungsangebot der Abteilungen für Urologie

### 3.1 Überblick

Das urologische Leistungsangebot des Gesundheitsverbundes wurde zum Zeitpunkt der Einschau einerseits durch den stationären Bereich und andererseits durch den spitalsambulantem Bereich vorgehalten.

Vier Krankenanstalten, nämlich das Allgemeine Krankenhaus sowie die Kliniken Donaustadt, Favoriten und Ottakring, boten ein breites Spektrum an urologischen Leistungen in Form von stationärer und spitalsambulanter Versorgung an und waren auf die Behandlung urologischer Krankheitsbilder von erwachsenen Personen spezialisiert. Dazu zählten Erkrankungen der ableitenden Harnwege (Nieren, Harnleiter, Harnblase und Harnröhre) und der männlichen Geschlechtsorgane (Prostata, Penis und Hoden), wobei teilweise unterschiedliche medizintechnische Ausstattungen zu verschiedenen Schwerpunktsetzungen führten. Das Allgemeine Krankenhaus sowie die Klinik Ottakring boten im Rahmen der Nierensteintherapie auch die ESWL an. Im Allgemeinen Krankenhaus stand der Universitätsklinik für Urologie auch ein OP-Roboter zur gemeinsamen Nutzung mit anderen Universitätskliniken in den zentralen OP-Räumlichkeiten zur Verfügung. Die Einführung vier weiterer OP-Roboter war zum Zeitpunkt der Einschau in Umsetzung.

Die vier genannten Krankenanstalten hielten jeweils Terminambulanzen vor, die an Arbeitstagen im unterschiedlichen Ausmaß von 30 bis 40 Stunden wöchentlich betrieben wurden. In der Klinik Hietzing war eine der Allgemeinheit zugängliche urologische Terminambulanz eingerichtet, die von Urologinnen bzw. Urologen der Klinik Ottakring geführt wurde. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung lag dazu nicht vor. Die Ambulanz in der Klinik Ottakring befand sich zum Zeitpunkt der Einschau in Umbau, weshalb die Räumlichkeiten in der Klinik Hietzing auch als Ausweichquartier fungierten. Nach Abschluss dieser Umbauarbeiten war eine Rücksiedlung in die Klinik Ottakring und die Schließung der Ambulanz in der Klinik Hietzing - entsprechend der Vorgabe des RSG - vorgesehen. In der Klinik Landstraße war per Kooperationsvereinbarung mit der Klinik Favoriten eine ambulante urologische Versorgung für hausinterne Patientinnen bzw. Patienten an Arbeitstagen für 30 Stunden eingerichtet. Die urologische Versorgung von stationären Patientinnen bzw. Patienten der Klinik Floridsdorf übernahm die Klinik Donaustadt auf Basis einer Kooperationsvereinbarung an zwei Arbeitstagen in der Woche für insgesamt zehn Stunden.

### Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:

Die Mitbetreuung einer öffentlichen Ambulanz in der Klinik Hietzing durch die Klinik Ottakring war nur eine Interimslösung (bedingt durch den Ambulanzumbau KOR, der mittlerweile abgeschlossen ist). Daher wurde keine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen.

### Empfehlung:

Der StRH Wien empfahl dem Gesundheitsverbund, Art, Umfang und relevante Prozessabläufe der Zusammenarbeit von (Partner)Krankenanstalten grundsätzlich in Form von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen festzulegen.

Die **Stellungnahme** zu dieser Empfehlung wurde im Punkt Zusammenfassung der Empfehlungen eingearbeitet.

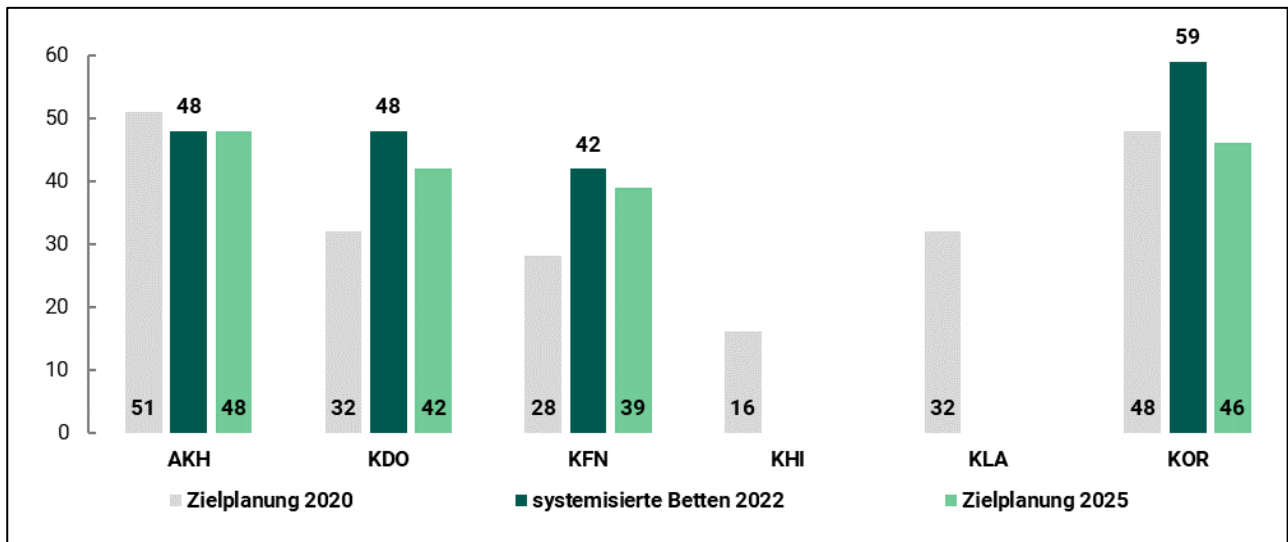
## 3.2 Bettenkapazitäten

3.2.1 Der RSG Wien legte die Bettenkapazität der Fondskrankenanstalten in Wien für den Fachbereich Urologie in seiner Zielplanung für das Jahr 2020 mit 283 Betten fest. Auf die Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes entfielen davon 207 Betten. Der im Mai 2022 von der Wiener Landeszielsteuerungskommission für den stationären Bereich beschlossene RSG Wien sah für die Fondskrankenanstalten im Fachbereich Urologie insgesamt maximal 251 Betten mit dem Umsetzungsziel im Jahr 2025 vor. Der Gesundheitsverbund sollte nunmehr maximal 175 Betten vorhalten.

Der Vergleich beider Zielplanungen zeigte eine geplante Reduktion für den Gesundheitsverbund um 32 Betten, die durch kürzere Verweildauern bei stationären Aufenthalten sowie eine forcierte Behandlung im spitalsambulanten Bereich (anstelle des stationären) ermöglicht werden sollte. Weiters waren in der Zielplanung 2025 die in den geschlossenen urologischen Stationen verorteten Betten in den beiden Kliniken Hietzing und Landstraße nicht mehr inkludiert.

3.2.2 Die nachstehende Grafik zeigt die Planbetten der Zielplanungen des RSG Wien des Fachbereiches für Urologie in den Kliniken des Gesundheitsverbundes für die Jahre 2020 und 2025 sowie die im Jahr 2022 systemisierten Betten.

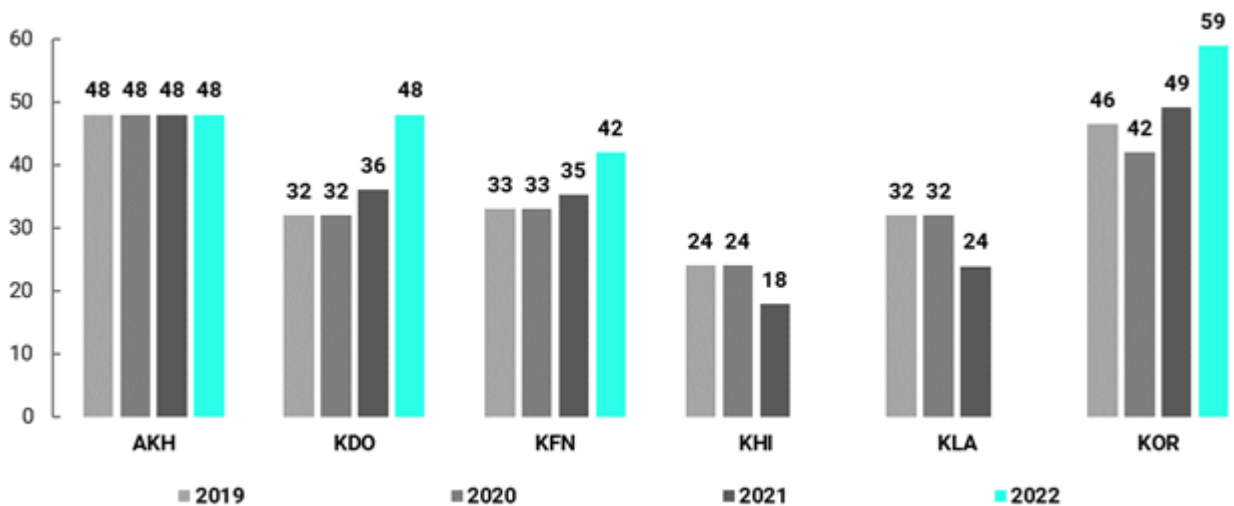
Abbildung 2: Planbetten lt. Zielplanungen und systemisierte Betten 2022



Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH Wien

Die Entwicklung der systemisierten Betten des Fachbereiches für Urologie in den Kliniken des Gesundheitsverbundes stellte sich im Betrachtungszeitraum wie folgt dar.

Abbildung 3: Entwicklung der systemisierten Betten



Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH Wien

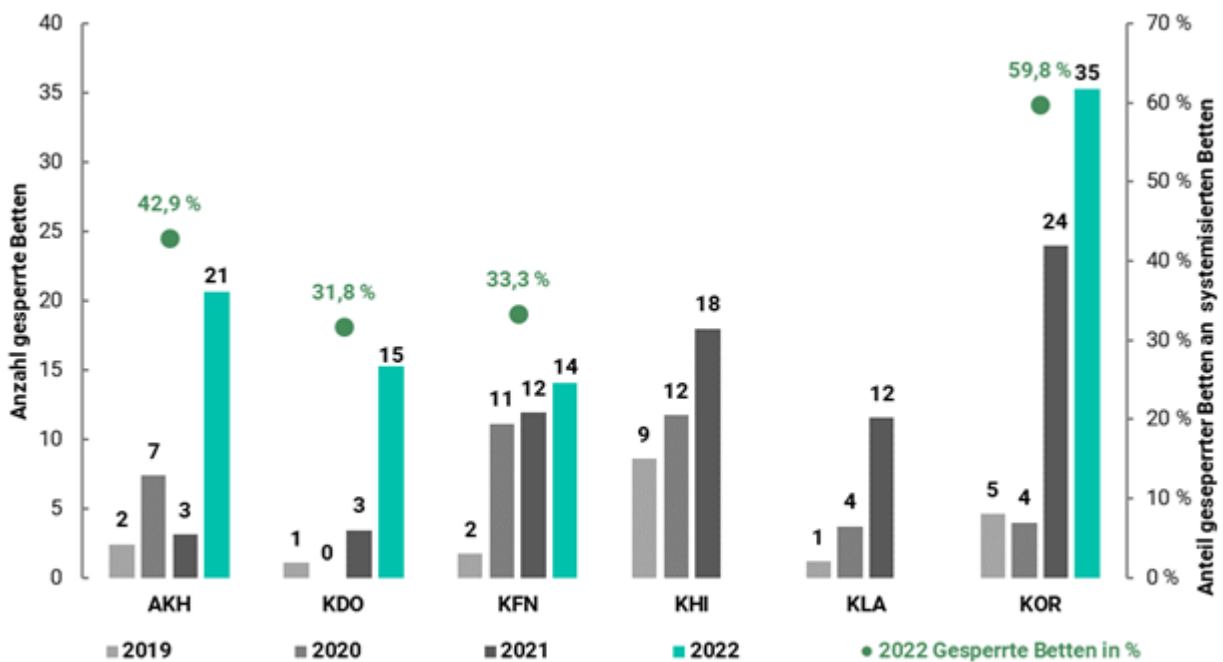
Das Transformationsprojekt sah die Verlagerung von systemisierten Betten der beiden geschlossenen urologischen Abteilungen in den stationären Bereich der anderen urologischen Abteilungen vor. Im Ergebnis wurden die systemisierten Betten der urologischen Abteilung der Klinik Donaustadt um 16 auf insgesamt 48 Betten, die der Klinik Favoriten um 11 Betten auf 42 Betten und jene der Klinik Ottakring um 17 Betten auf insgesamt 59 Betten aufgestockt.

Entsprechend der durch die Zielplanung 2025 vorgegebenen Reduktion von Bettenkapazitäten kam es im Rahmen der Umsetzung des Transformationsprozesses vom Jahr 2020 bis zum Jahr 2022 auch zu einer Reduktion von gesamt 14 systemisierten Betten.

Ende des Jahres 2022 waren für die urologischen Abteilungen des Gesundheitsverbundes in Summe 197 Betten systemisiert. Gemäß dem RSG waren daher mit Planungshorizont 2025 noch weitere Absystemisierungen im Gesamtausmaß von 22 Betten, nämlich sechs Betten in der Klinik Donaustadt, drei Betten in der Klinik Favoriten und 13 Betten in der Klinik Ottakring, vorzunehmen.

3.2.3 Die gesperrten Betten entwickelten sich in den Abteilungen bzw. der Universitätsklinik für Urologie im Betrachtungszeitraum wie folgt:

Abbildung 4: Gesperrte Betten

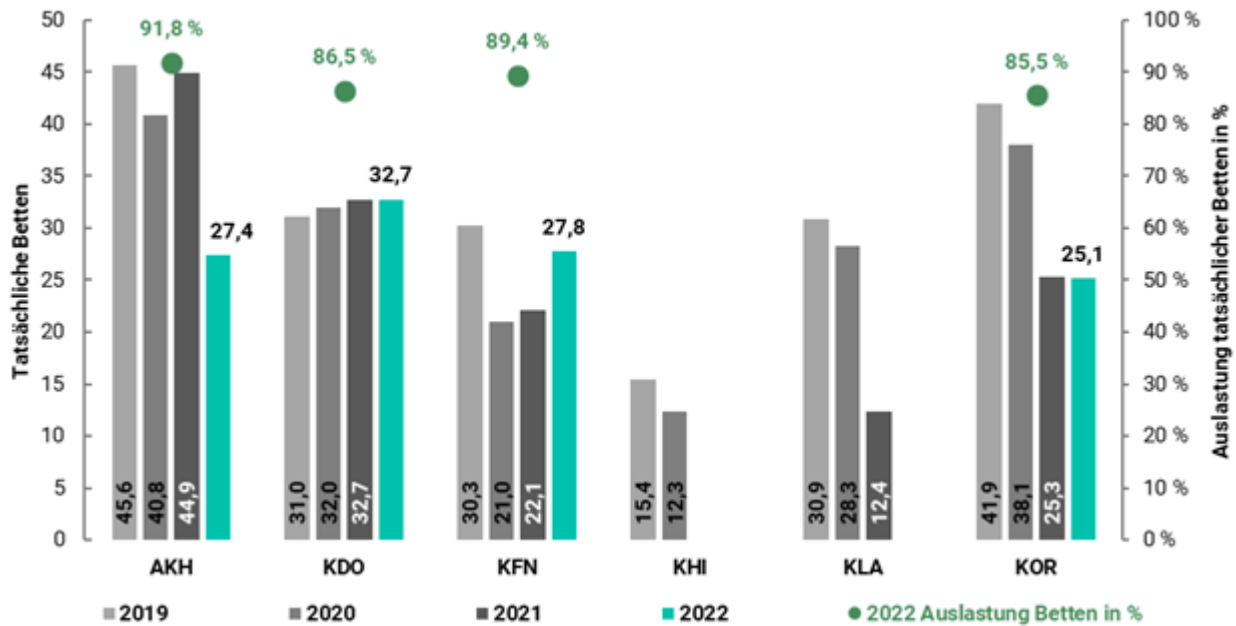


Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH Wien

Gemäß einer Auswertung der Generaldirektion waren primär organisatorische sowie personelle Gründe für die Sperren von Betten in den Abteilungen für Urologie ursächlich. Der massive Anstieg der gesperrten Betten in den Kliniken Donaustadt, Favoriten sowie Ottakring war zu einem großen Teil auf das Transformationsprojekt zurückzuführen. So konnte die Klinik Donaustadt einerseits die dort ab Herbst 2021 auf der interdisziplinären Station (Aufnahmestation) vorgesehenen zehn systemisierten urologischen Betten nicht planmäßig betreiben und andererseits die auf der urologischen Station zusätzlichen sechs systemisierten Betten aus personellen Gründen nicht vorhalten. In der Klinik Favoriten war im ersten Halbjahr 2021 ein Teil der ursprünglichen auf der Urologiestation verorteten Betten aus organisatorischen Gründen gesperrt. Darüber hinaus wurde auch die als interdisziplinäre Wochenklinik konzipierte Station aus organisatorischen Gründen nicht eröffnet, sodass auch die urologisch systemisierten Betten gesperrt blieben. In der Klinik Ottakring führten organisatorische Gründe zur Sperre einer gesamten Station. Weiters konnten die 17 im Transformationsprojekt zusätzlich vorgesehenen Betten nicht plangemäß betrieben werden. In der Universitätsklinik für Urologie des Allgemeinen Krankenhauses führten im Jahr 2022 wiederum personelle Gründe zu umfangreichen Bettensperren.

3.2.4 Die Entwicklung der tatsächlichen Betten im Betrachtungszeitraum sowie die Auslastung der tatsächlichen Betten im Jahr 2022 stellte sich in den urologischen Abteilungen wie folgt dar:

Abbildung 5: Tatsächliche Betten und Auslastung



Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH Wien

Wie aus obiger Darstellung ersichtlich, standen in den beiden Kliniken Hietzing und Landstraße nach dem Transformationsprozess keine tatsächlichen Betten für den Fachbereich Urologie mehr zur Verfügung. In der Abteilung für Urologie der Klinik Donaustadt waren im Jahresdurchschnitt 2022 etwa 1,7 mehr tatsächliche Betten vorhanden als im Jahresdurchschnitt 2019. In den übrigen drei Einrichtungen für Urologie kam es jedoch teilweise zu einem deutlichen Rückgang der tatsächlichen Betten. Während im Jahresdurchschnitt 2019 in Summe noch 195,2 tatsächliche Betten im Fachbereich für Urologie zur Verfügung standen, reduzierte sich diese Zahl im Jahr 2022 um 82,1 Betten auf 113,1 tatsächliche Betten.

Wie aus den übermittelten Unterlagen zu entnehmen war, zeigte sich gesamthaft im Fachbereich Urologie bei der Auslastung der Abteilungen eine gegenläufige Entwicklung. So stieg diese im Jahresdurchschnitt im Betrachtungszeitraum von durchschnittlich 73,3 % auf 88,3 % an.

Gemäß den Vorgaben des ÖSG 2017 war auf bettenführenden Abteilungen generell eine Soll-Auslastung von 85 % anzustreben, um ein Gleichgewicht zwischen Wirtschaftlichkeit

und Versorgungssicherheit herzustellen. In Anbetracht der immer geringer werdenden Anzahl tatsächlich verfügbarer Betten war festzustellen, dass im Jahr 2022 die Auslastung der tatsächlichen Betten in allen vier urologischen Stationen über diesem Wert lag. Besonders hohe Auslastungswerte in der Höhe von 91,8 % bzw. 89,4 % wiesen die Universitätsklinik für Urologie sowie die urologische Abteilung der Klinik Favoriten auf.

3.2.5 Aufgrund der oben dargestellten Bettensituation war es in allen Kliniken geübte Praxis, urologische Patientinnen bzw. Patienten als sogenannte Fremdlieger auf Stationen anderer Fachrichtungen zu belegen.

So standen einer Abteilung seit Mitte des Jahres 2022 permanent sechs Betten einer anderen Fachrichtung und weitere sechs Betten einer Wochenstation zur Verfügung. Insgesamt waren im Jahr 2022 rd. 400 Fälle mit über 900 Pflagetagen auf diesen Stationen verzeichnet. In einer anderen Klinik waren je nach Verfügbarkeit zwischen 7 - 17 Fremdbetten in mehreren Abteilungen mit urologischen Patientinnen bzw. Patienten belegt, sodass in Summe im Jahr 2022 über 500 Fälle mit rd. 2.300 Pflagetagen auf anderen Fachrichtungen versorgt wurden. Eine andere Abteilung verwies auf die Möglichkeit, bei freien Bettenkapazitäten anderer Fachrichtungen diese für die Versorgung urologischer Patienten bzw. Patientinnen in Anspruch nehmen zu können. Entsprechendes Zahlenmaterial lag dazu nicht vor. Schließlich hatte eine Abteilung auf Basis einer Vereinbarung aus dem Herbst 2022 ein Belegungsrecht von vier und sechs Betten auf zwei anderen Fachabteilungen. Schon vor Etablierung dieser Konzentration auf zwei Abteilungen, wodurch die pflegerische Versorgung mit bestehenden Ressourcen verbessert werden sollte, wurden gemäß einer Auswertung durchschnittlich rund sieben Betten anderer Abteilungen außerhalb der Urologie genutzt.

Das Heranziehen von Betten fachfremder Abteilungen infolge des knappen urologischen Bettenangebotes war als sinnvolle - auch kurzfristig mögliche - Maßnahme zur Sicherstellung der Versorgung urologischer Patientinnen bzw. Patienten zu würdigen. Es sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass neben der Organisation von Betten auf z.T. mehreren verschiedenen Abteilungen dies allerdings in weiterer Folge zusätzlichen zeitlichen Aufwand wie beispielsweise längere Wegstrecken bei den täglichen Visiten bedeutete.



Zusammenfassend war festzustellen, dass der Gesundheitsverbund im Jahr 2022 infolge der umfangreichen Bettensperren aus organisatorischen und personellen Gründen lediglich 113 tatsächliche Betten von 197 systemisierten Betten im Fachbereich Urologie vorhielt. Damit unterschritt der Gesundheitsverbund seinen systemisierten Bettenbestand in diesem Fachbereich um rd. 43 % sowie die als Obergrenze anzusehenden Planbetten des RSG mit Planungshorizont 2025 ebenfalls um rd. 35 %.

#### **Empfehlung:**

Der StRH Wien empfahl dem Gesundheitsverbund, die Zahl der tatsächlichen Betten im Fachbereich für Urologie so rasch wie möglich an den im RSG für das Jahr 2025 ausgewiesenen Planbettenstand heranzuführen.

Die **Stellungnahme** zu dieser Empfehlung wurde im Punkt Zusammenfassung der Empfehlungen eingearbeitet.

### **3.3 OP-Leistungsstunden**

3.3.1 Im Transformationsprojekt war eine Erhöhung der OP-Leistungsstunden in den aufnehmenden urologischen Abteilungen vorgesehen. So wies der Endbericht zum Transformationsprojekt in den drei Kliniken Donaustadt, Favoriten und Ottakring in Summe 262 OP-Stunden je Woche als Zielwert aus. Im Rahmen einer Evaluierung wurde der ursprüngliche Zielwert aufgrund der Leistungseinschränkungen vorübergehend auf 169 OP-Stunden pro Woche reduziert. Wie dazu die Generaldirektion mitteilte, sei der im Transformationsprojekt ursprünglich festgelegte Zielwert weiterhin maßgeblich.

Gemäß einer Auswertung des Gesundheitsverbundes überschritten die drei urologischen Abteilungen der Kliniken Donaustadt, Favoriten und Ottakring im Jahr 2022 den herabgesetzten Zielwert um acht OP-Leistungsstunden (d.s. rd. 5 %).

Zum Zeitpunkt der Einschau im ersten Halbjahr 2023 standen der urologischen Abteilung in der Klinik Donaustadt 94 Wochenstunden, jener in der Klinik Favoriten 53 Wochenstunden und jener in der Klinik Ottakring 55 Wochenstunden für den OP-Betrieb zur Verfügung.

Diese Betriebsstunden lagen deutlich unter den im Transformationsprojekt festgelegten und weiterhin zu erreichenden 262 Leistungsstunden je Woche.

3.3.2 In der Universitätsklinik für Urologie des Allgemeinen Krankenhauses waren im Jahr 2022 rd. 103 OP-Leistungsstunden je Woche vorgesehen. Die tatsächlich zur Verfügung stehenden OP-Kapazitäten beliefen sich auf rd. 70 Wochenstunden und lagen somit rd. 32 % unter dem angestrebten Zielwert.

3.3.3 Die reduzierten OP-Leistungsstunden waren hauptsächlich auf personelle Ursachen zurückzuführen, nämlich einem Mangel an Pflegepersonal im OP-Bereich sowie fehlendem ärztlichen Personal im Fachbereich für Anästhesie.

In diesem Zusammenhang war auf eine Mitte des Jahres 2022 an die Generaldirektion gerichtete Gefährdungsanzeige hinzuweisen. Darin monierte der Abteilungsvorstand einer Abteilung für Urologie, dass die OP-Kapazität zu gering sei bzw. die im Rahmen des Transformationsprojektes errechneten OP-Leistungsstunden je Woche nicht zur Gänze verfügbar seien. Da kontinuierlich mehr OP-Vormerkungen erfolgten, als OP-Zeit zur Verfügung stünde, würde sich die Wartezeit auf eine OP jede Woche verlängern. Dies würde dazu führen, dass der Versorgungsauftrag für bestimmte Patientinnen- bzw. Patientengruppen nicht mehr adäquat erfüllt werden könne.

#### **Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Die ursprünglich als Instrument der Personalvertretung entwickelte Gefährdungs- bzw. Überlastungsanzeige wird

- seit Oktober 2022 WIGEV-weit von den Mitarbeitenden in schriftlicher Form an die unmittelbare Führungskraft gerichtet oder
- im Weg der mit Ende Jänner 2023 eingerichteten Meldeplattform für Gefährdungs- und Überlastungsanzeigen an die Generaldirektion des Gesundheitsverbundes direkt übermittelt.

Mit der Dienstanweisung „GED-DA-56-22-QPS\_Gefährdungs- und Belastungsanzeigen“ und der SOP „GED-QPS-017 Gefährdungs- und Überlastungsanzeigen“ wurde im Oktober 2022 im Gesundheitsverbund eine unternehmensweit einheitliche Regelung für den Umgang im Sinn einer standardisierten Erstellung, Prüfung, Weiterleitung, Bearbeitung und Aufbewahrung von Gefährdungs- und Belastungsanzeigen bzw. Meldungen in Zusammenarbeit mit der Personalvertretung geschaffen.

Mit dieser Dienstanweisung wurde die im Dienstrecht, Vertragsbedienstetenrecht, Wiener Bedienstetengesetz, Bedienstetenschutzgesetz und Arbeitnehmerschutzgesetz normierte unverzügliche Meldepflicht der Mitarbeitenden im Dienstweg an den zuständigen Vorgesetzten in Bezug auf konkrete Belastungs- und Gefährdungssituationen präzisiert. Der Fürsorgepflicht der Dienstgeberin gegenüber den Mitarbeitenden und der Fürsorgepflicht der Unternehmung gegenüber den Patientinnen bzw. Patienten soll damit Rechnung getragen werden.

Im Anschluss der Herausgabe der oben genannten Dienstvorschriften wurden sämtliche Leitungen der ersten Führungsebene, durch die Vorstandsressorts Recht und Compliance und Qualität, Prävention und Sicherheit, dahin gehend geschult.

Seit 31. Jänner 2023 hat jeder Mitarbeitende die Möglichkeit Meldungen auch über eine gesicherte Meldeplattform einzubringen.

Über Eingänge im Weg der gesicherten Meldeplattform erfolgt eine automatische Information an einen ausgewählten Kreis. Die Weiterleitung an die jeweilige erste Führungsebene erfolgt an Werktagen umgehend nach Einlangen. Die Erledigung der Meldung geht nach Einlangen in der betroffenen Organisationseinheit denselben Weg, als hätte eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter oder ein Team die Meldung an die zuständige Führungskraft übermittelt und nicht über die Meldeplattform eingereicht.

Erfolgt die Meldung an die unmittelbare Führungskraft, prüft diese umgehend, ob die jeweilige Anzeige die Voraussetzungen für das Vorliegen einer Gefährdung bzw. Überlastung erfüllt. Führungskräfte haben das für die Bearbeitung bzw. Erledigung vorgesehene Formular zu verwenden. Steht fest, dass es sich um eine Gefährdungs- bzw. Überlastungsanzeige handelt, wird die örtliche Personalvertretung informiert und das Formular in der zuständigen Ombudsstelle in einem geschützten und auswertbaren System erfasst.

Die unmittelbare Führungskraft entscheidet, ob sie selbst in Eigenkompetenz Maßnahmen zur Abhilfe der Gefährdung bzw. Überlastung setzen kann. Ist das der Fall, wird die Erledigung der Anzeige wieder der örtlichen Personalvertretung gemeldet und im System der zuständigen Ombudsstellen erfasst. Ist keine Lösung in Eigenkompetenz möglich, wird die Anzeige mit entsprechender Begründung an die nächsthöhere Hierarchieebene eskaliert. Mehrere Eskalationsstufen sind möglich. Die örtliche Personalvertretung wird jeweils in Kenntnis gesetzt und die Eskalationsmeldung in der zuständigen Ombudsstelle erfasst.

Die inhaltlichen Anforderungen wurden in der SOP „GED-QPS-017 Gefährdungs- und Überlastungsanzeigen“ wie folgt definiert:

- Überlastungsanzeige

Mit einer Überlastungsanzeige möchte eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber eine für sie bzw. ihn individuell bestehende Überlastung anzeigen. Die Überlastung kann durch persönliche Umstände verursacht worden sein (etwa psychische Erkrankung, familiäre Situation) oder durch strukturelle Defizite in den Arbeitsabläufen (Personalengpässe, ungünstige Diensteinteilung etc.). Die Überlastungsanzeige hilft der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber ihrer Fürsorgepflicht gegenüber den Mitarbeitenden nachzukommen. Jedenfalls fokussiert die Überlastungsanzeige aber auf die einzelne Mitarbeiterin bzw. den einzelnen Mitarbeiter und soll ihre bzw. seine persönliche Überforderung mit der konkreten Arbeitssituation darlegen.

- Gefährdungsanzeige

Die Gefährdungsanzeige beschreibt im Gegensatz zur Überlastungsanzeige nicht die individuelle Überlastung, sondern ein künftiges Gefahrenpotential im Hinblick auf einen drohenden Schaden für die Organisationseinheit (gesamte Unternehmung, Klinik, einzelne Station etc.) sowie für die Patientinnen bzw. Patienten und Mitarbeitende. Die Gefährdung ergibt sich hier ausschließlich aus strukturellen, organisatorischen, baulichen bzw. technologischen Mängeln und soll der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber die Möglichkeit geben, potentielle Schäden (insbesondere von Patientinnen bzw. Patienten) abzuwenden.

#### - Qualitätssicherung

Sowohl die Leiterinnen bzw. Leiter der Teilunternehmungen und der Wiener Städtischen Kliniken, als auch der Vorstand für den Bereich der Generaldirektion verifizieren und bestätigen die Anzahl und den Inhalt der ihren Bereichen zugehörigen monatlich eingebrachten Anzeigen (Gefährdungs- und Überlastungsanzeigen, inkl. Leermeldungen) bis zum 5. Werktag des darauffolgenden Monats anhand von den jeweiligen Ombudsstellen zur Verfügung gestellten, monatlichen Auswertungen mittels Meldung an das Vorstandsressort Qualität, Prävention und Sicherheit.

3.3.4 Der StRH Wien unterzog in diesem Zusammenhang die personelle Situation in der betroffenen Abteilung für Anästhesie einer näheren Einschau. Dabei zeigte sich, dass ein Teil der dort zur Verfügung stehenden Dienstposten für Anästhesie schon seit längerer Zeit nicht besetzt gewesen war. Im Zuge der Umsetzung des Transformationsprojektes erfolgte eine Zutransferierung von 1,5 Dienstposten für Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Anästhesie. Der Anteil an vakanten Dienstposten bei den Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Anästhesie belief sich im Jahr 2022 auf rd. 34 %, wobei ein Teil dieser vakanten Dienstposten mit Ärztinnen bzw. Ärzten in Facharztausbildung besetzt wurde.

Vakante Dienstposten im Bereich der Anästhesie führten dazu, dass nicht sämtliche im OP-Statut vorgesehenen OP-Leistungstunden mit entsprechendem ärztlichen Personal besetzt werden konnten und den einzelnen Fachrichtungen zugesagte OP-Slots regelmäßig nicht in vollem Ausmaß zur Verfügung standen. Weiters führten auch ungeplante Absenzen und daraus resultierende personelle Unterbesetzungen zu OP-Saal-Sperren, sodass auch geplante OPs kurzfristig verschoben werden mussten. Dieser Umstand erschwerte einerseits die OP-Planung und erhöhte andererseits für Patientinnen bzw. Patienten die Wartezeiten auf OP-Termine.

Um den ärztlichen Personalmangel auf der gegenständlichen Abteilung für Anästhesie entgegenzuwirken, ergriff der Gesundheitsverbund eine Reihe von Maßnahmen. Dazu zählten u.a. die Einstellung von Fachärztinnen bzw. Fachärzten in Ausbildung, die Beantragung

von zusätzlichen Ärztinnen- bzw. Ärzteausbildungsstellen, Recruitingmaßnahmen für Ärztinnen bzw. Ärzte oder die Veränderung von Abläufen (Dienststradreduzierung) sowie des Leistungsangebotes (Sperrung IMCU-Betten). Ebenfalls wurden Kooperationen bzw. Aushilfen durch andere Kliniken der Wiener Städtischen Krankenhäuser avisiert. Ungeachtet der bereits gesetzten Maßnahmen war die Situation zum Zeitpunkt der Einschau in diesem Bereich weiterhin angespannt.

### **Empfehlung:**

Der StRH Wien empfahl dem Gesundheitsverbund, über die bisherigen Maßnahmen hinaus weitere Schritte zu ergreifen, um vakante Dienstposten im Bereich des ärztlichen Personals für Anästhesie ehebaldig besetzen zu können. Als kurzfristig mögliche Maßnahme sollte der verbundweite Personalausgleich unter Leitung der Generaldirektion vorangetrieben werden. Weiters sollte unter Einbeziehung der Magistratsdirektion der Stadt Wien evaluiert werden, inwiefern temporär befristete Anreizsysteme im Dienst- und Besoldungsrecht geschaffen werden können, um die Anwerbung von ärztlichem Personal in Mangelfächern bzw. Fächern mit einem Fachärztinnen- bzw. Fachärztemangel zu erleichtern. Da fehlendes ärztliches Personal in bestimmten Fächern eine über die Stadt Wien hinausgehende Thematik darstellt, sollten auch diesbezügliche Gespräche mit weiteren Stakeholdern des öffentlichen Gesundheitswesens initiiert werden.

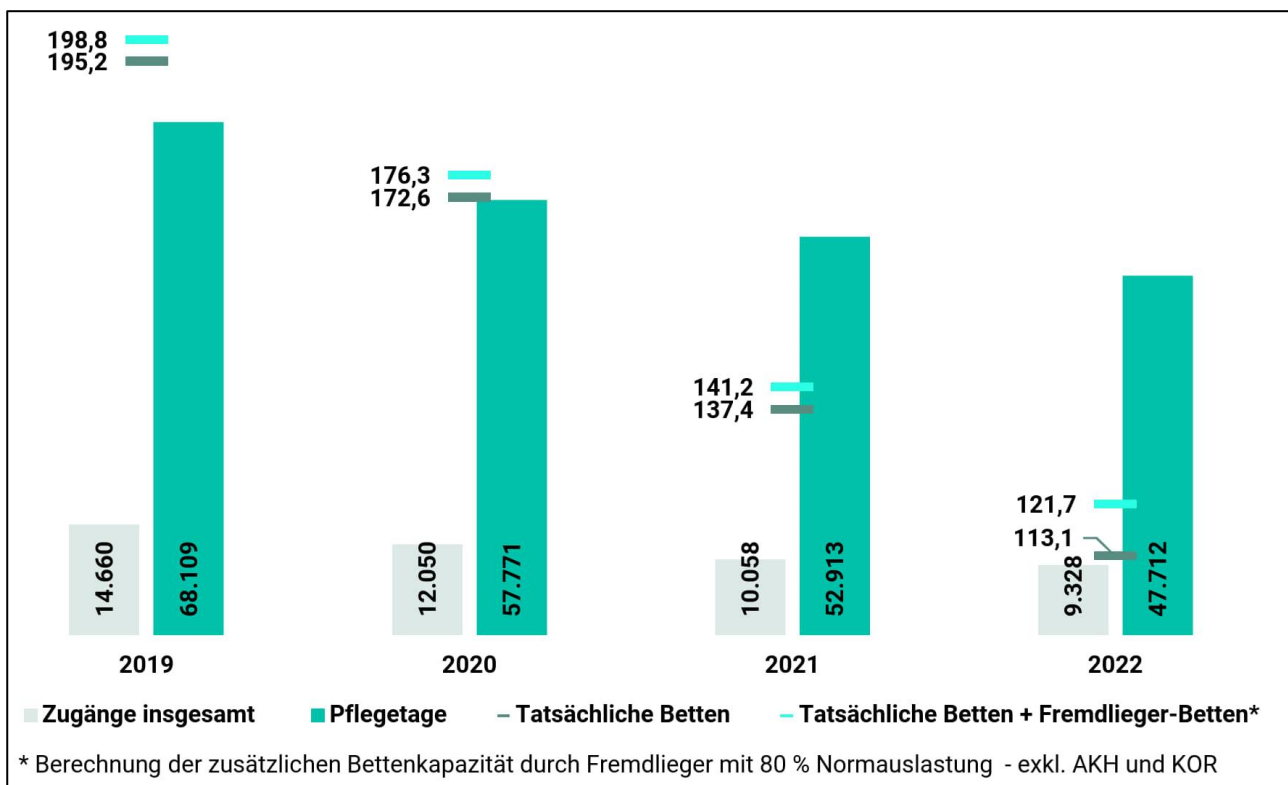
Die **Stellungnahme** zu dieser Empfehlung wurde im Punkt Zusammenfassung der Empfehlungen eingearbeitet.

## 4. Leistungsdaten

### 4.1 Stationärer Bereich

4.1.1 Nachstehende Grafik stellt wesentliche Leistungsdaten des stationären Bereiches der urologischen Abteilungen überblicksweise dar.

Abbildung 6: Kenndaten des stationären Bereiches



Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH Wien

Bei den stationär behandelten Zugängen, welche die Aufnahmen und klinikinternen Zuverlegungen auf eine urologische Abteilung umfassten, sowie bei den Pflegetagen spiegelte sich der starke Rückgang der tatsächlichen Betten wider. So reduzierten sich in Summe die Zugänge um 36,4 % und die Pflegetage um 29,9 %.

Im Jahr 2019 wurden rd. 51.000 Pflegetage erbracht; diese Zahl sank im Jahr 2022 auf rd. 37.000 und entsprach damit einem Rückgang um rd. 28,5 %.



Eine Betrachtung der Pfl egetage auf Ebene der Kliniken zeigte, dass im Betrachtungszeitraum in zwei Abteilungen ein deutlicher Rückgang zwischen rd. 31,5 % und 34,4 % verzeichnet wurde. Dieser war z.T. durch die reduzierte Verfügbarkeit von tatsächlichen Betten aber auch auf eine forcierte ambulante Leistungserbringung ausgewählter medizinischer Einzelleistungen, wie beispielsweise die ESWL, zurückzuführen. In den beiden anderen urologischen Abteilungen stieg die Zahl der Pfl egetage um rd. 9 % bzw. rd. 22 % an.

4.1.2 Eine weitere wesentliche Kennzahl für den stationären Bereich betraf die durchschnittliche Belagsdauer. Das vom Gesundheitsverbund übermittelte Datenmaterial umfasste bei dieser Kennzahl die Belagstage sowie ergänzend die Nulltagesaufenthalte. Gesamthaft über alle urologischen bettenführenden Organisationseinheiten bewegte sich diese im Betrachtungszeitraum relativ konstant zwischen 4,6 und 4,8 Tagen.

Der StRH Wien betrachtete die Belagsdauern stationärer Aufenthalte inkl. Nulltagesaufenthalte auf urologischen Abteilungen bzw. der Universitätsklinik für Urologie näher und stellte diese sowie die jeweiligen Fallzahlen für die fünf am häufigsten erbrachten Leistungsgruppen in nachfolgender Tabelle dar.

Tabelle 1: Fallzahlen und durchschnittliche Belagsdauern der fünf am häufigsten erbrachten Leistungsgruppen

		2019	2022	2022 -	2022 -	2019	2019	2022	2022 -
		Summe	Summe	2019 -	2019	Mittel-	Band-	Mittel-	Band-
				Diffe-	Diffe-	wert	breite	wert	breite
				renz	renz in				
					%				
		Fallzahlen				Belagsdauern			
HDG	Affektionen der						2,2 bis		4,0 bis
09.08	ableitenden								
	Harnwege	2.613	1.884	-729	-27,9	4,4	5,1	4,2	4,2
MEL	Extrakorporale/						1,8 bis		2,6 bis
29.01	endoskopische								
	Steinbehand-	2.003	1.850	-153	-7,6	2,3	4,1	3,0	3,9
	lung								
HDG	Nephrolithiasis						1,7 bis		1,9 bis
09.07		1.447	1.363	-84	-5,8	2,4	2,6	2,5	2,7
MEL	Transurethrale						2,8 bis		3,8 bis
11.07	Resektion der								
	Harnblase	1.207	1.072	-135	-11,2	4,2	5,8	4,4	4,9

		2019 Summe	2022 Summe	2022 - 2019 Diffe- renz	2022 - 2019 Diffe- renz in %	2019 Mittel- wert	2019 Band- breite	2022 Mittel- wert	2022 - Band- breite
		Fallzahlen				Belagsdauern			
MEL	Einfache Ein-								
12.05	griffe am äußeren männlichen Genital	1.022	728	-294	-28,8	1,3	0,9 bis 2,9	1,4	1,1 bis 2,3

Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH Wien

Im Vergleich zum Jahr 2019 waren im Jahr 2022 bei den häufigst erbrachten Leistungsgruppen verbundweit z.T. deutliche Rückgänge zwischen 5,8 % und 28,8 % zu verzeichnen.

Die Belagsdauern wurden in obiger Tabelle als Mittelwerte über alle urologischen Abteilungen im Gesundheitsverbund hinweg ausgewiesen. Hierbei zeigte sich, dass bei der Leistungsgruppe HDG09.08 ein Rückgang von durchschnittlich 4,4 auf 4,2 Tage erzielt wurde. Bei den anderen vier Leistungsgruppen waren Anstiege zwischen 0,1 und 0,7 Tagen zu beobachten. Zwar reduzierten sich bei vier Leistungsgruppen die Obergrenzen, allerdings verschoben sich auch die Untergrenzen bei allen fünf Leistungsgruppen nach oben, womit sich höhere Mittelwerte und engere Bandbreiten im Jahr 2022 ergaben.

### Empfehlung:

Der StRH Wien empfahl dem Gesundheitsverbund, die unterschiedlichen Belagsdauern innerhalb der Leistungsgruppen zu analysieren.

Die **Stellungnahme** zu dieser Empfehlung wurde im Punkt Zusammenfassung der Empfehlungen eingearbeitet.

4.1.3 Der StRH Wien ließ sich für das Jahr 2022 die Zahl der Belagstage von Patientinnen bzw. Patienten mit einer Belagsdauer von mehr als 28 Tagen auswerten. Diese Zahl an Tagen wurde in Absprache mit einigen Abteilungsvorständen deshalb so gewählt, weil eine

Aufenthaltsdauer über 28 Tage zumeist nicht mit urologischen Problemstellungen begründet war. Derartige Fälle waren in der Regel auf Versorgungsengpässe nach Aufhalten in den betrachteten Einrichtungen zurückzuführen. Anzumerken war, dass in Einzelfällen auch Aufenthaltsdauern von mehr als 28 Tagen auf eine Behandlungsbedürftigkeit in urologischen Fachabteilungen denkbar waren. Ebenso war es auch bei Patientinnen bzw. Patienten mit Aufenthaltsdauern unter 28 Tagen möglich, dass diese nicht durchgängig auf urologische Indikationen zurückzuführen waren.

Im Ergebnis zeigte die Auswertung bei dieser Art der Betrachtung, dass im Jahr 2022 5,4 % aller Belagstage im Fachbereich für Urologie auf Aufenthalte mit einer Belagsdauer von mehr als 28 Tagen entfielen. Der Anteil reichte dabei von 1,8 % in der Klinik Ottakring bis zu 8,9 % im Allgemeinen Krankenhaus.

Der Gesundheitsverbund analysierte in der Folge den Sachverhalt der Langliegenden und kam zu dem Ergebnis, dass diese sowohl deutlich älter als auch morbider waren als die durchschnittlich auf den Abteilungen für Urologie behandelten Patientinnen bzw. Patienten. Weiters würden Langliegende mit durchschnittlich 4 (statt 3,5) mehr codierte Diagnosen aufweisen und ca. 60 % der analysierten Langliegenden aufgrund einer Krebserkrankung behandelt.

Der StRH Wien verwies in diesem Zusammenhang auf das in der im Jahr 2022 evaluierten Ziel- und Gesamtplanung beschriebene abgestufte Versorgungskonzept, welches ermöglichen sollte, dass Patientinnen bzw. Patienten dort behandelt werden, wo sich die geeignetste Versorgung befindet. Das Konzept sah eine Verschiebung der Langlieger-Betten aus den Kliniken in die Schwerpunkt-Pflegewohnhäuser (der Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser) vor, wobei als Langlieger Patientinnen bzw. Patienten mit über 28 Tagen definiert waren.

4.1.4 Ein weiterer Indikator zum Leistungsgeschehen bzw. der Auslastung im stationären Bereich betraf die Wartezeit auf OP-Termine, insbesondere für häufig erbrachte Leistungen. Verbundweite Auswertungen in standardisierter Form bzgl. Wartezeiten auf Leistungen der urologischen Abteilungen lagen nicht vor.

Im Herbst 2022 erhob die Generaldirektion die Wartezeiten auf OP-Termine in den jeweiligen urologischen Abteilungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser. Für elektive Ein-

griffe lag hierbei die Bandbreite für die Wartezeit auf den nächsten freien OP-Termin zwischen sechs und zehn Wochen, wobei zwei Abteilungen eine weitere Reduktion der Leistungsfähigkeit und damit eine Steigerung der Wartezeiten antizipierten. Die Abteilungen versuchten mit unterschiedlichen Maßnahmen, wie z.B. Wartelisten für spontan freierwerdende OP-Slots oder einer Triagierung nach Dringlichkeit, mit den knappen OP-Ressourcen das Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen bewältigen zu können.

Der StRH Wien erhob für die häufigsten Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung von Steinen im Urogenitaltrakt die Wartezeiten zum jeweiligen Einschauzeitpunkt. Dazu zählte die endoskopische Lithotripsie/Extraktion von Uretersteinen (JC040), für die die Abteilungen Wartezeiten in einer Bandbreite von vier bis neun Wochen angaben, sowie die ESWL der Nieren bzw. Harnwege (JC010). Hierbei erbrachte die dafür spezialisierte Klinik Ottakring im Jahr 2022 rd. 95 % aller derartigen im Gesundheitsverbund durchgeführten Behandlungen. Zu Beginn des Betrachtungszeitraumes im Jahr 2019 war diese Leistung noch überwiegend stationär erbracht worden, im Jahr 2022 lag der nunmehr ambulant durchgeführte Anteil weit über 90 %. Die durchschnittliche Wartezeit auf eine solche Behandlung belief sich zum Zeitpunkt der Einschau auf vier bis sechs Wochen.

Vor dem Hintergrund eingeschränkter OP-Kapazitäten bzw. OP-Leistungstunden mangels OP-Pflegepersonals informierte die Universitätsklinik für Urologie im Jänner 2023 die Generaldirektion des Gesundheitsverbundes über die damals aktuellen Wartezeiten auf urologische Leistungen. Diese würden sich je nach geplantem Eingriff zwischen vier Wochen und sechs Monaten bewegen, wobei aufgrund oft kurzfristiger OP- bzw. Betten-Sperren eine genaue Einschätzung bzw. OP-Planung erschwert wäre. Um den eingeschränkten Betten- und OP-Kapazitäten zu begegnen, wären bereits sämtliche kompensatorische Maßnahmen wie z.B. eine Reorganisation der OP-Indikationen sowie OP-Priorisierungen vorgenommen worden.

Um der Thematik der Wartezeiten zu begegnen und einen wienweit gültigen Maßstab zu definieren, gab die Generaldirektion im Jänner 2023 den Auftrag die jeweils maximal tolerablen Wartezeiten festzulegen.

Der StRH Wien würdigte das zum Zeitpunkt der Einschau noch nicht abgeschlossene Vorhaben, verbundweite diesbezügliche Maßstäbe auszuarbeiten.

**Empfehlung:**

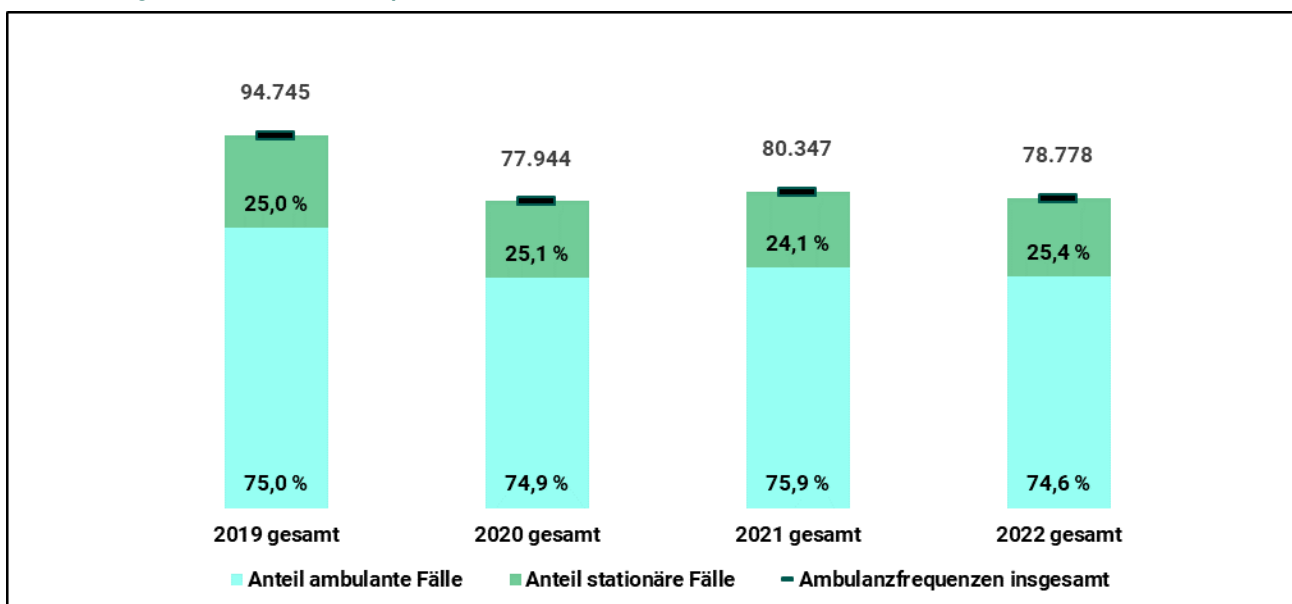
Der StRH Wien empfahl dem Gesundheitsverbund, im Zusammenhang mit den Wartezeiten auf OP-Termine diese für gängige urologische Leistungen im Sinn der Transparenz periodisch zu veröffentlichen.

Die **Stellungnahme** zu dieser Empfehlung wurde im Punkt Zusammenfassung der Empfehlungen eingearbeitet.

**4.2 Spitalsambulanter Bereich**

4.2.1 Für den spitalsambulanten Bereich stellte die Ambulanzfrequenz eine wesentliche Kenngröße dar. Diese umfasste die Anzahl sämtlicher Ambulanzbesuche, also auch von jenen Patientinnen bzw. Patienten, die sich bereits in stationärer Behandlung befanden und im Rahmen dieser eine Ambulanzleistung erhielten. Die Ambulanzfrequenzen entwickelten sich in den Ambulanzen des Gesundheitsverbundes wie folgt:

Abbildung 7: Ambulanzfrequenzen



Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH Wien

Die Ambulanzfrequenzen reduzierten sich im Fachbereich für Urologie infolge der Einschränkungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie vom Jahr 2019 auf das Jahr 2020 um etwa 16.800 Kontakte bzw. rd. 17,7 % auf rd. 78.000 Frequenzen. In den Folgejahren 2021 und 2022 verblieben die Ambulanzfrequenzen in etwa auf diesem Niveau.

Im Jahr 2022 verzeichneten die allgemein zugänglichen urologischen Ambulanzen des Gesundheitsverbundes - je nach Leistungsspektrum und Versorgungsauftrag - rd. 3.800 bis rd. 26.000 Frequenzen.

4.2.2 Wie bereits erwähnt, war im Zuge des Transformationsprojektes vorgesehen, die Ambulanzfrequenzen in den Wiener Städtischen Krankenhäusern um rd. 15 % im Vergleich zu 2019 zu reduzieren. Erreicht werden sollte dies durch die Forcierung von Terminambulanzen und die verstärkte Einbindung des niedergelassenen Bereiches. Für die Universitätsklinik für Urologie wurde im Rahmen einer im Jahr 2018 erstellten Analyse von Verlagerungsoptionen von Ambulanzfrequenzen in einem Projektpapier ein Verlagerungspotenzial von rd. 15.000 Ambulanzfrequenzen ausgewiesen.

Eine nähere Betrachtung zeigte, dass die urologische Ambulanzfrequenz in den Wiener Städtischen Krankenhäusern im Jahr 2022 im Vergleich zum Jahr 2019 um rd. 18,6 % gesunken war, was etwas mehr als der geplanten Reduktion von 15 % entsprach. Eine Aufschlüsselung auf die einzelnen Organisationseinheiten verdeutlichte, dass die im Transformationsprojekt vorgesehenen Ziele noch nicht entsprechend erreicht wurden. Zum einen erbrachten zwei nicht bettenführende Kliniken noch immer z.T. beträchtliche ambulante Leistungen. Zum anderen unterschritten zwei Kliniken ihren jeweiligen Zielwert, während eine Klinik diesen deutlich überschritt.

In der Universitätsklinik für Urologie entwickelte sich die Ambulanzfrequenz im Betrachtungszeitraum ähnlich rückläufig. So wurde vom Jahr 2019 auf das Jahr 2022 ein Rückgang um rd. 4.000 Frequenzen bzw. rd. 13,6 % verzeichnet.

**Empfehlung:**

Der StRH Wien empfahl dem Gesundheitsverbund, die Ziele hinsichtlich der anzustrebenden Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz - nach Wegfall der COVID-19-bedingten Einschränkungen - zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen. Um die jeweiligen Zielwerte auch zu erreichen, wären verbundweit sowie in den einzelnen Kliniken die dazu notwendigen Maßnahmen zu definieren und umzusetzen.

Die **Stellungnahme** zu dieser Empfehlung wurde im Punkt Zusammenfassung der Empfehlungen eingearbeitet.

4.2.3 Gemäß den Bestimmungen des Bundesgesetzes über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe - GuKG zählt zum Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nach ärztlicher Anordnung u.a. das Setzen von transurethralen Kathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung bei beiden Geschlechtern sowie der Wechsel von suprapubischen Kathetern. Bei diesen Leistungen handelt es sich um solche, die - sofern sie nicht im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer Krankenanstalt erfolgen - primär im extramuralen Bereich erbracht werden sollten.

Der Gesundheitsverbund verzeichnete in den Jahren 2021 und 2022 jeweils rd. 3.000 spitalsambulant durchgeführte Anlagen bzw. Wechsel von transurethralen Dauerkathetern. Im Jahr 2022 verteilten sich diese auf die einzelnen Krankenanstalten in einer Bandbreite von 386 bis 921 Leistungen. Die Zahl der spitalsambulant erbrachten Wechsel eines suprapubischen Katheters belief sich auf jährlich rd. 1.600, wobei sich diese auf die einzelnen Krankenanstalten in einer Bandbreite von 40 bis 572 solcher Leistungen verteilten.

**Empfehlung:**

Der StRH Wien empfahl, die Gründe für die Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen für die Erbringung der gegenständlichen Leistungen zu analysieren und der MA 24 - Strategische Gesundheitsversorgung zur Initiierung von Maßnahmen zu kommunizieren.

Die **Stellungnahme** zu dieser Empfehlung wurde im Punkt Zusammenfassung der Empfehlungen eingearbeitet.

## 4.3 Tagesklinische Leistungserbringung

4.3.1 Das LKF-System sah vor, dass bestimmte medizinische Einzelleistungen nach dem Tagesklinikmodell abgerechnet werden konnten. Dabei handelte es sich um ausgewählte operative und nicht-operative stationäre medizinische Einzelleistungen, die innerhalb von zwölf Stunden erbracht werden können, wobei die zu erbringende Leistung im gültigen tagesklinischen Leistungskatalog angeführt sein musste. Weitere Voraussetzungen waren, dass ein systemisiertes Bett zu verwenden war und die pflegerische und ambulante oder stationäre medizinische Nachsorge der Patientin bzw. des Patienten gewährleistet war.

Ein tagesklinischer Fall (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) mit einer genehmigten Leistungsposition aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen konnte entsprechend der LKF-Bepunktungsregel für Eintagesfälle in der jeweils zugeordneten Fallpauschale abgerechnet werden, wobei die Punkte für die Tageskomponente maximal in Höhe von 1,5 durchschnittlichen Tageskomponenten der jeweiligen Pauschale abzurechnen waren. Bei ambulanter Erbringung tagesklinisch abrechenbarer Leistungen konnten diese Besuche ebenfalls nach den Fallpauschalen des stationären Modells bepunktet werden. Damit sollte einerseits die Vereinheitlichung organisatorischer Prozesse unabhängig von der administrativen Fallführung erleichtert werden. Andererseits sollten diese Bepunktungsregeln einen finanziellen Anreiz zur tagesklinischen Leistungserbringung setzen.



Der tagesklinische Leistungskatalog (LKF-Modell 2022) umfasste an medizinischen Leistungen im Bereich des Urogenitaltraktes beispielsweise die ESWL, die Ureterorenoskopie, die endoskopische Lithotripsie/Extraktion eines Uretersteins, die transurethrale Resektion der Blase oder die Zirkumzision.

Der Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene - Zielsteuerung Gesundheit für die Jahre 2022 und 2023, abgeschlossen zwischen dem Bund, den Ländern sowie dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, führte medizinische Leistungen an, die verstärkt spitalsambulant oder tagesklinisch erbracht werden sollten. Im Bereich der Urologie war dies beispielsweise die Leistung Zirkumzision, bei der es Ziel war, mindestens 60 % spitalsambulant oder tagesklinisch zu erbringen. Als internationaler Benchmark war für die gegenständliche Leistung ein ambulant zu erbringender Anteil von 90 % angegeben.

4.3.2 Der Gesundheitsverbund übermittelte dem StRH Wien eine Auswertung über die von den urologischen Abteilungen bzw. der Universitätsklinik für Urologie erbrachten Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog. Dabei zeigte sich, dass im Jahr 2022 rd. 64 % dieser Leistungen im Rahmen von stationären Aufenthalten mit zumindest einer Nächtigung erfolgten. Bei den verbleibenden rd. 36 % der Leistungen war für die Patientinnen bzw. Patienten keine Nächtigung im Krankenhaus erforderlich, weil die Leistung entweder spitalsambulant (rd. 27 %) oder in Form eines Nulltagesaufenthalts (rd. 9 %) erbracht worden war.

Eine nähere Betrachtung der im Gesundheitsverbund fünf häufigst erbrachten urologischen Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog zeigte, dass im Jahr 2022 die ESWL zu mehr als 97 % spitalsambulant abgewickelt worden war. Die beiden Leistungen endoskopische Lithotripsie/Extraktion und transurethrale Resektion der Blase waren hingegen fast ausschließlich mittels Aufnahme in den stationären Bereich erfolgt, wobei Nulltagesaufenthalte nur vereinzelt vorkamen. Die Leistung Zirkumzision war ebenfalls hauptsächlich stationär erbracht worden, wobei allerdings rd.  $\frac{3}{4}$  der Aufnahmen Nulltagesaufenthalte darstellten, also ohne Nächtigung erfolgten. Die Leistung Ureterorenoskopie wurde wiederum zu rd.  $\frac{1}{5}$  spitalsambulant und zu rd.  $\frac{4}{5}$  stationär erbracht, wobei bei den stationären Aufnahmen nur ein geringer Teil (rd. 10 %) auf Nulltagesaufenthalte entfiel.

4.3.3 Zusammenfassend war festzustellen, dass die urologischen Abteilungen des Gesundheitsverbundes die Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog - mit Ausnahme der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie und der Zirkumzision - häufig durch Aufnahme in den

stationären Bereich mit einmaliger Nächtigung oder mehrtägigem Aufenthalt erbracht wurden.

#### **Empfehlung:**

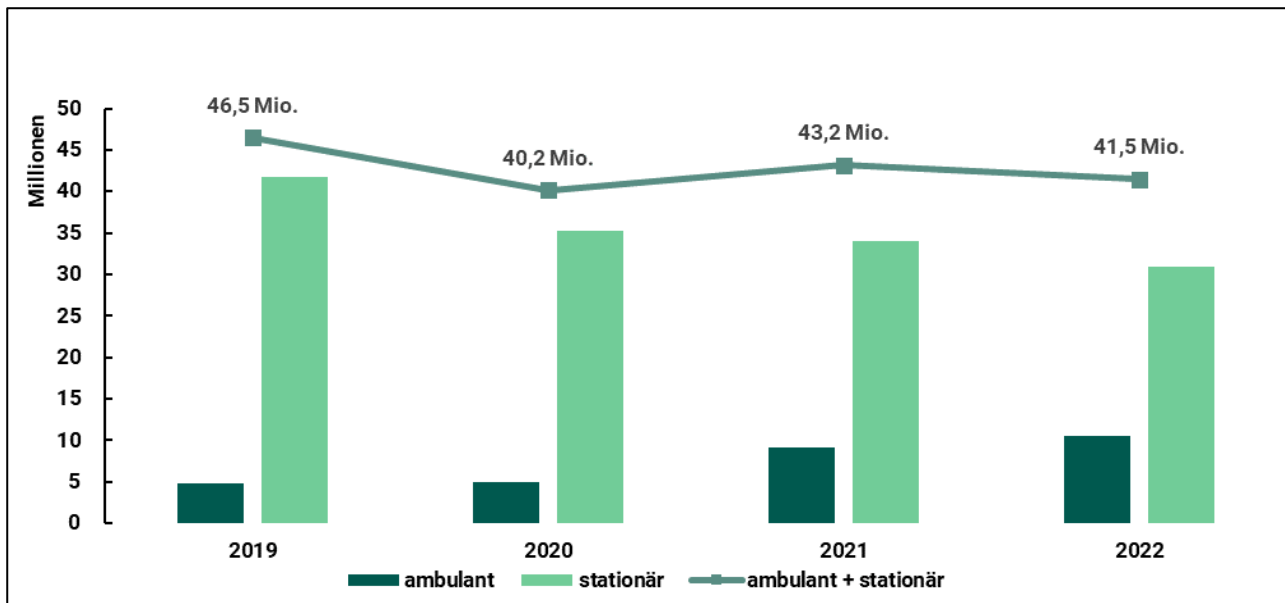
Der StRH Wien empfahl dem Gesundheitsverbund, die Gründe für (längere) stationäre Aufenthalte bei einigen urologischen Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog mit dem Ziel zu analysieren, notwendigenfalls entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen und in weiterer Folge die Leistungserbringung bei diesen Eingriffen im ambulanten Setting bzw. in Form von Eintagespflegen (Nulltagesaufenthalten) zu erhöhen.

Die **Stellungnahme** zu dieser Empfehlung wurde im Punkt Zusammenfassung der Empfehlungen eingearbeitet.

## **4.4 LDF-Punkte**

4.4.1 Die LKF sah für die Bepunktung bundeseinheitliche Festlegungen für stationäre Aufenthalte und seit dem Jahr 2019 verpflichtend auch für den spitalsambulanten Bereich vor. Die LDF-Punkte für die im stationären und spitalsambulanten Bereich erbrachten urologischen Leistungen entwickelten sich im Betrachtungszeitraum wie folgt:

Abbildung 8: Entwicklung der LDF-Punkte



Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH Wien

Im stationären Bereich gingen die erwirtschafteten LDF-Punkte in den betrachteten Jahren 2019 bis 2022 um rd. 26 % zurück, was im Jahr 2020 hauptsächlich auf die Einschränkungen infolge der COVID-19-Pandemie zurückzuführen war. In den Jahren 2021 und 2022 reduzierten sich diese weiter, da sich einerseits die verstärkte ambulante Leistungserbringung sowie andererseits die eingeschränkten Betten- bzw. Personalressourcen (s. Punkt 5.) auf die im stationären Bereich erzielten LDF-Punkte negativ auswirkten.

Eine Betrachtung der je stationären Aufnahme durchschnittlich abgerechneten LDF-Punkte zeigte eine steigende Tendenz von rd. 3.100 LDF-Punkten im Jahr 2019 auf rd. 3.500 LDF-Punkte im Jahr 2022. Anzumerken war, dass steigende LDF-Punkte je Aufnahme auf kompliziertere und damit mit höheren Punktwerten abzurechnende Fälle, hindeuteten. Auch das unterschiedliche Leistungsspektrum und der Spezialisierungsgrad der jeweiligen Abteilung spiegeln sich in den LDF-Punkten wider, wobei die Bandbreite zuletzt zwischen rd. 3.000 und rd. 4.800 Punkten je Aufenthalt lag.

Im spitalsambulanten Bereich blieben die erzielten LDF-Punkte in den ersten beiden Jahren des Betrachtungszeitraumes auf annähernd demselben Niveau. Infolge der Leistungsverlagerung in den spitalsambulanten Bereich stiegen diese in den Jahren 2021 und 2022 deutlich an.

Im Bereich der Ambulanzen erhöhte sich die Kennzahl der je ambulanten Ambulanzfrequenz durchschnittlich abgerechneten LDF-Punkte von rd. 70 LDF-Punkten im Jahr 2019 auf rd. 180 LDF-Punkte im Jahr 2022. Die Bandbreite bei den der Allgemeinheit zugänglichen Spitalsambulanzen lag im letzten Jahr des Betrachtungszeitraumes zwischen 65 und 294 LDF-Punkten.

4.4.2 Zusammenfassend war festzuhalten, dass die vermehrte Erbringung von ehemals stationär abgerechneten Leistungen im spitalsambulanten Bereich zu einem Anstieg bei den ambulanten LDF-Punkten in den Jahren 2021 und 2022 führte. Dieser Anstieg konnte allerdings nicht den Rückgang der LDF-Punkte im stationären Bereich kompensieren, so dass insbesondere im Jahr 2022 gegenüber dem Vor-Corona-Jahr 2019 insgesamt deutlich weniger LDF-Punkte erzielt wurden. Bemerkenswert war, dass der Rückgang der LDF-Punkte im stationären Bereich wesentlich geringer ausfiel als jener bei den tatsächlichen Betten, was u.a. auf die Unterbringung von urologischen Patientinnen bzw. Patienten auf fachfremden Abteilungen zurückzuführen war, aber auch auf eine zunehmende Fokussierung auf kompliziertere Eingriffe hindeutete.

## 4.5 Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten

4.5.1 Die Versorgungswirkung der Krankenanstalten des Gesundheitsverbundes reichte weit über die Wiener Stadtgrenze hinaus. Die Planungsmatrix des RSG für das Jahr 2025 wies im Fachbereich für Urologie 31 der 175 Planbetten des Gesundheitsverbundes für inländische Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten aus. Diese verteilten sich auf das Allgemeine Krankenhaus mit zwölf Betten, die Klinik Donaustadt mit neun Betten, die Klinik Favoriten mit vier Betten sowie die Klinik Ottakring mit sechs Betten.

4.5.2 Der prozentuelle Anteil an Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten an den Entlassungen aus dem stationären Aufenthalt stellte sich in den Jahren 2019 und 2022 in den Abteilungen für Urologie bzw. der Universitätsklinik für Urologie wie folgt dar:

Tabelle 2: Anteil Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten an den Entlassungen in %

Abteilung bzw. Universitätsklinik für Urologie	2019			2022		
	Bundesländer	Ausland	Summe	Bundesländer	Ausland	Summe
Allgemeines Krankenhaus	23,9	3,0	<b>26,9</b>	25,9	1,0	<b>26,9</b>
Klinik Donaustadt	21,3	0,5	<b>21,8</b>	16,1	0,6	<b>16,7</b>
Klinik Favoriten	12,8	0,3	<b>13,1</b>	15,2	0,7	<b>15,9</b>
Klinik Landstraße	15,1	1,0	<b>16,1</b>	-	-	-
Klinik Hietzing	17,1	0,5	<b>17,6</b>	-	-	-
Klinik Ottakring	13,8	1,0	<b>14,8</b>	13,4	0,7	<b>14,1</b>
<b>Gesamt</b>	<b>17,8</b>	<b>1,2</b>	<b>19,0</b>	<b>17,3</b>	<b>0,7</b>	<b>18,0</b>

Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH Wien

Der Anteil an Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten im stationären Bereich des Fachbereiches für Urologie reduzierte sich im Betrachtungszeitraum um 1 % und lag zuletzt im Jahr 2022 bei 18 %. Dieser Wert entsprach verhältnismäßig in etwa den Werten des RSG, welcher für Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten 17,7 % der Planbetten 2025 (31/175) auswies.

Während der Anteil an Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten in den urologischen Abteilungen der Kliniken Ottakring und Donaustadt um 0,7 % bzw. 5,1 % zurückging, stieg dieser in der urologischen Abteilung der Klinik Favoriten um 2,8 % an. In der Universitätsklinik für Urologie blieb der Anteil an Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten unverändert bei 26,9 %. Begründet wurde dieser im Vergleich zu den Abteilungen für Urologie der Wiener Städtischen Krankenhäuser höhere Anteil mit dem überregionalen Versorgungsauftrag der Universitätsklinik.

4.5.3 Der StRH Wien betrachtete weiters auch die Entwicklung der Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten im spitalsambulanten Bereich.

Wie den übermittelten Unterlagen zu entnehmen war, stieg der Anteil der Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten auf den urologischen Ambulanzen zunächst von 18,3 % im Jahr 2019

auf rd. 18,9 % im Jahr 2021 an. In der Folge sank er im Jahr 2022 auf rd. 17,8 %. Verbundweit über alle Fachbereiche belief sich der Anteil an Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten in den Spitalsambulanzen im letzten Jahr des Betrachtungszeitraumes auf 18,3 %.

Eine Betrachtung auf Ebene der einzelnen Kliniken zeigte größere Unterschiede auf. Während in der Universitätsklinik für Urologie der Anteil an Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten in allen Jahren des Betrachtungszeitraumes bei über 25 % lag, verzeichneten die Abteilungen für Urologie der Wiener Städtischen Krankenhäuser weitaus geringere Anteile. Diese lagen zuletzt in einer Bandbreite von 11,4 % bis 15,6 %.

4.5.4 Zusammenfassend war festzustellen, dass der Anteil an Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten im Fachbereich für Urologie im Betrachtungszeitraum sowohl im stationären als auch im spitalsambulanten Bereich geringfügig rückläufig war. Während der Anteil an urologischen Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten im stationären Bereich noch deutlich über dem Durchschnittswert aller Fachbereiche des Gesundheitsverbundes lag, war dieser im spitalsambulanten Bereich geringfügig darunter.

## 5. Personelles

### 5.1 Ärztliches Personal

5.1.1 Der Gesundheitsverbund übermittelte dem StRH Wien stichtagsbezogene Auswertungen bzw. Aufstellungen bzgl. der Anzahl an Dienstposten für ärztliches Personal der urologischen Abteilungen sowie deren Besetzung.

Die nachstehende Tabelle zeigt die Situation des ärztlichen Personals der Wiener Städtischen Krankenhäuser vor und nach der Umsetzung des Transformationsprojektes und umfasst die Abteilungsvorstände, die Oberärztinnen bzw. Oberärzte, die Fachärztinnen bzw. Fachärzte, die Fachärztinnen bzw. Fachärzte in Ausbildung sowie die Stationsärztinnen bzw. Stationsärzte. Ärztliches Personal in der Basisausbildung und in Ausbildung zur Allgemeinmedizin wurde nicht berücksichtigt.

Tabelle 3: Ärztliches Personal

Urologie	2020 DP zum 31.12.	2020 VZÄ im Jahres- schnitt	2022 DP zum 31.12.	2022 VZÄ im Jahres- schnitt	Delta 2022 - 2020 DP	Delta 2022 - 2020 VZÄ	Vakante DP zum 31.12.2022
Klinik Donaustadt	12,5	12	18,75	18	6,25	6	0,75
Klinik Favoriten	11	12,25	16,5	17	5,5	4,75	-0,5
Klinik Hietzing	11	6,25	-	-	-11	-6,25	-
Klinik Landstraße	13	10,48	1	-	-12	-10,48	1
Klinik Ottakring	14	11,5	23	16,63	9	5,13	6,37
<b>Summe Wiener Städtische Krankenhäuser</b>	<b>61,5</b>	<b>52,48</b>	<b>59,25</b>	<b>51,63</b>	<b>-2,25</b>	<b>-0,85</b>	<b>7,62</b>

Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH Wien

Im Rahmen des Transformationsprojektes wurden die Dienstposten der aufgelassenen urologischen Abteilungen der Kliniken Hietzing und Landstraße verteilt. So erhielt die Klinik Ottakring zehn ärztliche Dienstposten von der Klinik Hietzing, wobei einer dieser ärztlichen Dienstposten am Jahresende 2022 in den Planstellenausgleich transferiert wurde. Der Klinik Donaustadt wurden 6,25 Dienstposten sowie der Klinik Favoriten 5,5 Dienstposten jeweils von der Klinik Landstraße zugeordnet. Anzumerken war, dass ein Teil der übertragenen Dienstposten unbesetzt war. In der Klinik Landstraße war Ende des Jahres 2022 - auch nach Abschluss des Transformationsprojektes - noch ein ärztlicher Dienstposten auf der damaligen urologischen Abteilung systemisiert. Dazu gab der Gesundheitsverbund an, dass die Systemisierung dieses Dienstpostens zwischenzeitlich korrigiert worden war und anderwärtig in der Klinik zugeordnet wurde.

Ende des Jahres 2022 war in der Abteilung für Urologie der Klinik Donaustadt ein fachärztlicher Dienstposten unbesetzt. Die urologische Abteilung in der Klinik Favoriten verfügte über ausreichend ärztliches Personal. In jener der Klinik Ottakring waren sechs Dienstposten für Oberärztinnen bzw. Oberärzte sowie Fachärztinnen bzw. Fachärzte vakant. Laut Auskunft des Abteilungsvorstandes gestaltete sich die Rekrutierung neuer Fachärztinnen bzw. Fachärzte schwierig.

Ergänzend war die Universitätsklinik für Urologie im Allgemeinen Krankenhaus anzuführen, deren ärztliche Personalausstattung im Betrachtungszeitraum anstieg und zuletzt mit Stand Dezember 2022 27,3 VZÄ ausmachte. Dienstgeberin des ärztlichen Personals im Allgemeinen Krankenhaus war die Medizinische Universität Wien. Die dort beschäftigten Ärztinnen bzw. Ärzte hatten zusätzlich zu ihrer Tätigkeit in der Versorgung der Patientinnen bzw. Patienten auch Lehr- und Forschungstätigkeiten zu erbringen.

5.1.2 Ein wesentlicher Teil der für den Betrieb einer medizinischen Abteilung benötigten ärztlichen Zeitressourcen wurde durch die Anzahl der vorgehaltenen Nachtdiensträder determiniert.

Das Allgemeine Krankenhaus gab deren Anzahl in der Universitätsklinik für Urologie für den gesamten Betrachtungszeitraum mit 3,2 ärztlichen Nachtdiensträdern bekannt. Die urologischen Abteilungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser hielten im Jahr 2019 zu Beginn des Betrachtungszeitraumes neun ärztliche Nachtdiensträder vor. Durch die Schließung zweier Abteilungen im Rahmen des Transformationsprojektes reduzierte sich deren Anzahl gemäß einer Auswertung der Generaldirektion auf je zwei Räder je bettenführende Abteilung, also in Summe sechs Nachtdiensträder.

Im Rahmen des Transformationsprojektes wurde zur Abfederung etwaiger auftretender medizinischer Versorgungsengpässe ergänzend ein sogenanntes urologisches Bereitschaftsdienstrad etabliert, welches rund um die Uhr personell zu besetzen war. Dazu hielten die drei weiterhin bettenführenden urologischen Abteilungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser abwechselnd eine zusätzliche Fachärztin bzw. einen zusätzlichen Facharzt für die konsiliarische Versorgung urologischer Patientinnen bzw. Patienten in den anderen Kliniken (Hietzing, Floridsdorf, Landstraße, Penzing) vor. Im Rahmen einer Evaluierung wurde diese personalintensive Vorhalteleistung im ersten Quartal 2023 eingestellt. Ersatzweise waren primär telefonische Konsiliarbesprechungen durchzuführen. In weiterer Folge wäre dann - je nach Zustand der Patientinnen bzw. Patienten - eine ambulante Vorstellung oder stationäre Übernahme vorgesehen. Für nicht transferierbare Patientinnen bzw. Patienten war eine andere Lösung, beispielsweise eine fachärztliche Konsiliarleistung auf Überstundenbasis vor Ort, sicherzustellen.

Hinsichtlich der Klinik Ottakring war anzumerken, dass grundsätzlich mit der Generaldirektion das Einvernehmen bestand, ein drittes Nachtdienstrad zu etablieren, sobald das Stein-



zentrum seinen Vollbetrieb aufgenommen hätte und die Abteilung den systemisierten Bettenstand auch tatsächlich vorhielt. Wie der StRH Wien bei seiner Einschau im Februar 2023 feststellte, waren in der gegenständlichen Abteilung bereits drei Nachtdiensträder eingerichtet, was mit der Übernahme des Steinzentrums sowie der partiellen Bereitstellung des Präsenzdienstrades begründet wurde. Die Genehmigung des dritten Nachtdienstrades durch die Generaldirektion erfolgte schließlich im April 2023 rückwirkend mit 1. Jänner 2022.

## 5.2 Pflegepersonal

5.2.1 Der StRH Wien betrachtete weiters die Entwicklung der Personalzahlen der urologischen Abteilungen in den Berufsgruppen der Pflege. Die nachstehende Tabelle zeigt ausschließlich Pflegepersonal, welches in den urologischen Ambulanzen und Stationen eingesetzt wurde. Das Pflegepersonal von interdisziplinären Stationen sowie für Belegungen auf fachfremden Abteilungen ist nicht inkludiert, da hierbei im Vorhinein nicht die tatsächliche Patientinnen- bzw. Patientenbelegung klar ist und das Pflegepersonal grundsätzlich universell für jede Fachrichtung ausgebildet und einsetzbar ist. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind jene Pflegepersonen, die im OP-Bereich oder in den Eingriffsräumen eingesetzt werden. Die Position Führungskräfte umfasst die Stationsleitungen Pflege sowie die Fachbereichskoordinationen Pflege.

Ergänzend war anzumerken, dass zur Abfederung von längeren Krankenständen anderer Stationen zugeteiltes Pflegepersonal den Dienstbetrieb der urologischen Station unterstützte, was sich nicht in der Anzahl der systemisierten Dienstposten, aber bei den VZÄ niederschlug. Weiters fanden Umsystemisierungen von Dienstposten und VZÄ-wirksame Besetzungen nicht notwendigerweise immer zum gleichen Zeitpunkt statt. Im Ergebnis konnte daher die Zahl der VZÄ über jener der systemisierten Dienstposten liegen.

Die entsprechenden Personalzahlen stellten sich auf den urologischen Ambulanzen und Stationen zu den gewählten Stichtagen vor und nach dem Transformationsprojekt wie folgt dar:

Tabelle 4: Pflegepersonal der urologischen Abteilungen

Urologie	Funktion	2020		2022		Besetzungsgrad im Jahresschnitt (in %)	
		DP zum 31.12.	VZÄ im Jahres- schnitt	DP zum 31.12.	VZÄ im Jahres- schnitt	2020	2022
Klinik Donaustadt	FK	2	2	2	2	100,0	100,0
	GuK	23	19,64	20,25	19,12	85,4	94,4
	PA/PFA	1	3	3	2,68	300,0	89,3
	<b>gesamt</b>	<b>26</b>	<b>24,64</b>	<b>25,25</b>	<b>23,8</b>	<b>94,8</b>	<b>94,3</b>
Klinik Favoriten	FK	2	1,84	2	2	92,0	100,0
	GuK	16,5	17,77	16,75	12,07	107,7	72,1
	PA/PFA	3	3,13	6	6	104,3	100,0
	<b>gesamt</b>	<b>21,5</b>	<b>22,74</b>	<b>24,75</b>	<b>20,07</b>	<b>105,8</b>	<b>81,1</b>
Klinik Ottakring	FK	3	2,48	5	2,93	82,7	58,6
	GuK	24,5	25,27	35,75	22,71	103,1	63,5
	PA/PFA	6	6,58	7	7,84	109,7	112,0
	<b>gesamt</b>	<b>33,5</b>	<b>34,33</b>	<b>47,75</b>	<b>33,48</b>	<b>102,5</b>	<b>70,1</b>
Klinik Hietzing	FK	2	1,6	-	-	80,0	-
	GuK	20,5	10,04	4	4	49,0	100,0
	PA/PFA	1	0,8	-	-	80,0	-
	<b>gesamt</b>	<b>23,5</b>	<b>12,44</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>52,9</b>	<b>100,0</b>
Klinik Landstraße	FK	2	2,3	-	-	115,0	-
	GuK	15	15,11	1	1,08	100,0	108,0
	PA/PFA	2	3,92	-	-	196,0	-
	<b>gesamt</b>	<b>19</b>	<b>21,33</b>	<b>1</b>	<b>1,08</b>	<b>112,3</b>	<b>108,0</b>
Allgemeines Krankenhaus	FK	5	7,4	6	5,59	148,0	93,2
	GuK	32,5	29,39	33,5	23,81	90,4	71,1
	PA/PFA	4,33	8,14	8,25	8,34	188,2	101,1
	<b>gesamt</b>	<b>41,83</b>	<b>44,93</b>	<b>47,75</b>	<b>37,74</b>	<b>107,4</b>	<b>79,0</b>
Gesamt	FK	16	17,62	15	12,52	110,1	83,5
	GuK	132	117,22	111,25	82,79	88,8	74,4
	PA/PFA	17,33	25,57	24,25	24,86	147,6	102,5
	<b>gesamt</b>	<b>165,33</b>	<b>160,41</b>	<b>150,5</b>	<b>120,17</b>	<b>97,0</b>	<b>79,8</b>

Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH Wien

5.2.2 Der Rückgang der systemisierten Dienstposten auf urologischen Abteilungen vom Jahr 2020 auf das Jahr 2022 resultierte u.a. aus der im Transformationsprojekt umgesetzten Forcierung interdisziplinär belegter Stationen.

Der systemisierte Dienstpostenstand der urologischen Abteilung in der Klinik Donaustadt reduzierte sich um 0,75 Dienstposten und betraf die urologische Ambulanz. An der urologischen Abteilung der Klinik Favoriten erhöhte sich dieser um 3,25 Dienstposten, wobei ein Dienstposten von der Klinik Landstraße und 0,25 Dienstposten von der Klinik Penzing im Rahmen des Transformationsprojektes zugeteilt wurden sowie zwei weitere Dienstposten im Jahr 2022 innerhalb der Klinik befristet umgeschichtet wurden. Ebenso im Rahmen des Transformationsprojektes erhielt die urologische Abteilung der Klinik Ottakring insgesamt 14,25 Pflegedienstposten, hauptsächlich für den Betrieb des Steinzentrums, nämlich zwölf von der Klinik Hietzing sowie zwei von der Klinik Landstraße. Die Differenz von 0,25 Dienstposten erfolgte durch eine Umschichtung innerhalb der Klinik Ottakring.

Anzumerken war, dass im Zuge des Transformationsprojektes über die bereits genannten Umsystemisierungen hinaus weitere Pflegedienstposten in die Kliniken Donaustadt, Favoriten und Ottakring transferiert wurden. Dies betraf hauptsächlich die Abteilungen für Anästhesie einschließlich des OP-Bereiches sowie sechs zusätzliche Pflegedienstposten für die Aufnahmestation der Klinik Donaustadt. In der Klinik Favoriten waren bei der interdisziplinären Station keine zusätzlichen Pflegedienstposten festzulegen, da es lediglich eine interne Verschiebung im Fächermix gab.

In der Universitätsklinik für Urologie des Allgemeinen Krankenhauses erhöhte sich der systemisierte Dienstpostenstand für die Pflege um rund sechs Dienstposten, die sich auf eine Führungskraft, eine diplomierte Pflegekraft und vier Personen aus den Assistenzberufen aufteilten.

5.2.3 Der StRH Wien ermittelte anhand der systemisierten Pflegedienstposten und der tatsächlichen Personalausstattung den Besetzungsgrad. Dieser sank bundweit in den Abteilungen für Urologie von 97 % im Dezember 2020 auf 79,8 % im Dezember 2022.

Näher betrachtet zeigte der Besetzungsgrad in den bettenführenden urologischen Abteilungen des Gesundheitsverbundes im Dezember 2022 eine Bandbreite von 70,1 % in der Klinik Ottakring bis 94,3 % in der Klinik Donaustadt. Der niedrige Besetzungsgrad der

Dienstposten war in den drei urologischen Abteilungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser u.a. auch darin begründet, dass im Zuge des Transformationsprojektes vielfach lediglich vakante Dienstposten an die aufnehmenden Organisationseinheiten transferiert worden waren. Dies betraf vor allem die Abteilung für Urologie in der Klinik Ottakring, aber auch die in der obigen Tabelle nicht enthaltene interdisziplinäre Station in der Klinik Donaustadt, an der zehn urologische Betten systemisiert worden waren.

5.2.4 In der Universitätsklinik für Urologie des Allgemeinen Krankenhauses waren Ende des Jahres 2020 alle systemisierten Pflegedienstposten besetzt. Bis zum Ende des Jahres 2022 reduzierte sich der Besetzungsgrad hingegen auf rd. 79 %, was rund zehn vakanten Dienstposten entsprach. Ergänzend war anzuführen, dass sich die Zahl der Krankenstandstage der Pflegekräfte - ohne Berücksichtigung der Absonderungen in Folge der COVID-19-Pandemie - im Zeitraum der Jahre 2019 bis 2022 mehr als verdoppelte. Während im Jahr 2019 941 Krankenstandstage anfielen, hatten sich diese im Jahr 2022 auf 2.087 erhöht.

Diese Entwicklung führte im Oktober 2022 zu einer Gefährdungsanzeige des dortigen Klinikvorstandes. Darin monierte dieser den sukzessiven Zerfall der pflegerischen Strukturen, die zu signifikanten Bettenreduktionen an der Abteilung führten. Weiters verminderte der Mangel an Pflegekräften im OP-Bereich auch deutlich die OP-Kapazitäten für die gegenständliche Abteilung. Diese Umstände führten u.a. zu signifikant längeren Wartezeiten auf urologische Eingriffe sowie zu einer nicht mehr adäquaten Akutversorgung von urologischen Patientinnen bzw. Patienten. Schließlich sei auch die Erfüllung des Ausbildungskataloges und somit die fachärztliche Ausbildung nicht mehr im erforderlichen Ausmaß gewährleistet. Wie die Einschau dazu weiter ergab, hatte der Klinikvorstand schon mehrmals zuvor auf Kapazitätsengpässe durch Bettensperren wegen Pflegepersonalmangel aufmerksam gemacht.

Die kollegiale Führung bzw. die Direktion der Teilunternehmung reagierte auf die hohe Anzahl an unbesetzten Dienstposten mit einer Intensivierung des Personalrecruitings etwa durch den Einsatz von Personalvermittlungsfirmen, der Schaltung von Stellenangeboten auf Social Media und anderen Karriereportalen sowie der aktiven Personalsuche auf diversen Karrieremessen.

Eine Auswertung zu einem Stichtag im April 2023 zeigte, dass von den 45,75 systemisierten Pflegedienstposten der gegenständlichen Universitätsklinik weiterhin lediglich 29,75

(d.s. 65 %) besetzt waren. Für den schon länger vakanten Führungsdienstposten einer urologischen Station konnte trotz mehrmaliger Ausschreibung - auch am magistrats- bzw. gesundheitsverbundexternen Arbeitsmarkt - bis dahin ebenfalls nicht besetzt werden.

5.2.5 Die Einschau des StRH Wien zeigte am Ende des Betrachtungszeitraumes einen deutlichen Mangel an Pflegepersonal auf, welcher in den urologischen Abteilungen der Wiener Städtischen Krankenhäuser durch die Verschiebung von vakanten Dienstposten im Rahmen des Transformationsprojektes noch verschärft wurde.

#### **Empfehlung:**

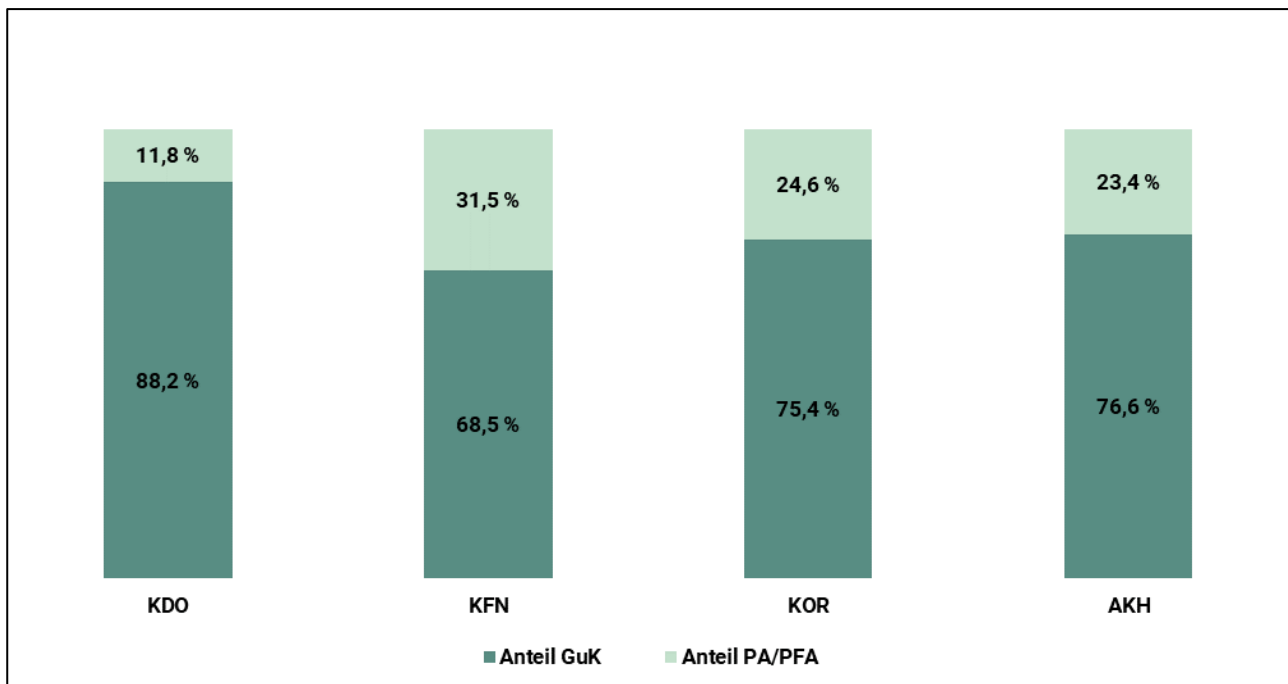
Der StRH Wien empfahl dem Gesundheitsverbund, sämtliche bisherigen Personalrekrutierungsmaßnahmen zu forcieren und damit eine ausreichende Zahl an Pflegepersonen langfristig sicherzustellen. Ebenso wären im Rahmen von Leistungstransferierungen zwischen den Kliniken begleitende Maßnahmen zu setzen, um nicht lediglich vakante Dienstposten zu transferieren.

Die **Stellungnahme** zu dieser Empfehlung wurde im Punkt Zusammenfassung der Empfehlungen eingearbeitet.

5.2.6 Nach Auskunft der Pflegedirektionen konnten die systemisierten Basis-Pflegedienstposten im eigenen Ermessen der Stationen mit diplomierten Pflegepersonal oder mit Personal aus den Assistenzberufen besetzt werden, sodass keine Umsystemisierungen notwendig wären und die Personalrekrutierung sich damit flexibler gestaltete. Verbindliche Vorgaben zum sogenannten Skill- & Grade-Mix, dem Verhältnis zwischen diplomiertem Pflegepersonal und Assistenzberufen, lägen keine vor und könnten aufgrund der unterschiedlichen Erfordernisse auch nur stationsweise festgelegt werden.

Der StRH Wien betrachtete den Skill- & Grade-Mix in den Abteilungen für Urologie näher. Nachstehende Grafik umfasst die Mitarbeitenden der Pflege, getrennt nach diplomiertem Personal einschließlich der Fachbereichskoordination sowie der pflegerischen Assistenzberufe.

Abbildung 9: Skill- &amp; Grad-Mix Stand 31.12.2022 in VZÄ



Quelle: Gesundheitsverbund, Darstellung: StRH Wien

Wie in der obigen Grafik ersichtlich, zeigte sich in den Abteilungen bzw. der Universitätsklinik für Urologie ein uneinheitliches Bild. Der Anteil des diplomierten Pflegepersonals rangierte zwischen rd. 68,5 % in der Klinik Favoriten und 88,2 % in der Klinik Donaustadt. Eine nähere Betrachtung der Assistenzberufe verdeutlichte die unterschiedliche Ausgestaltung des Skill- & Grade-Mixes in den einzelnen Abteilungen. So lag der Anteil an Beschäftigten aus der Pflegefachassistenz zwischen 6,9 % und 24,9 % und jener der Pflegeassistenz zwischen 4,8 % und 17 %.

Zusammenfassend war festzustellen, dass im Fachbereich Urologie kein einheitlicher Skill- & Grade-Mix vorlag. Insofern erschien - insbesondere im Hinblick auf die vakanten Dienstposten für diplomiertes Pflegepersonal - ein verstärkter Einsatz von Personal aus den Pflegeassistenzberufen unter Berücksichtigung der jeweiligen Anforderungen in den einzelnen Abteilungen als zweckmäßig.

### **Empfehlung:**

Vor dem Hintergrund der schwierigen Rahmenbedingungen diplomiertes Pflegepersonal zu rekrutieren, empfahl der StRH Wien, unter Berücksichtigung des jeweiligen Leistungsgeschehens der Abteilung vakante Dienstposten verstärkt auch mit Personal aus den Pflegeassistentenberufen zu besetzen.

Die **Stellungnahme** zu dieser Empfehlung wurde im Punkt Zusammenfassung der Empfehlungen eingearbeitet.

## **6. Zusammenfassung der Empfehlungen**

### **Empfehlung Nr. 1:**

Für die dezentralen Zielvereinbarungen wären gewisse Mindestinhalte verbundweit festzulegen. Diese sollten zumindest die im Managementbericht ausgewiesenen Kennzahlen umfassen, sodass ein Monitoring der Zielerreichung sichergestellt werden kann (s. Punkt 2.5.2).

### **Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Der Gesundheitsverbund wird der Empfehlung Folge leisten und die Maßnahme umsetzen.

**Empfehlung Nr. 2:**

Art, Umfang und relevante Prozessabläufe der Zusammenarbeit von (Partner)Krankenanstalten wären grundsätzlich in Form von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen festzulegen (s. Punkt 3.1).

**Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Der Gesundheitsverbund wird der Empfehlung Folge leisten und die Maßnahme bei der Realisierung künftiger Kooperationsvereinbarungen umsetzen. Im Rahmen der Umsetzung des Transferprojektes HNO 2024 wurde dieser Empfehlung bereits gefolgt.

**Empfehlung Nr. 3:**

Die Zahl der tatsächlichen Betten im Fachbereich für Urologie wäre so rasch wie möglich an den im RSG für das Jahr 2025 ausgewiesenen Planbettenstand heranzuführen (s. Punkt 3.2.5).

**Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Die Zahl von 251 Betten entspricht dem RSG 2025. Der RSG bezieht sich auf die maximale Anzahl systemisierter Betten, eine Unterschreitung der Bettenzahlen ist möglich:

„Die Standort- und Fächerstrukturen sowie die Planbetten 2025 je Fachrichtung stellen für das Bundesland Wien nicht zu überschreitende Obergrenzen dar, wobei die Ausgestaltung und Umsetzung in Abhängigkeit von den verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen durch



die Krankenanstaltenträger erfolgt. Dabei sind die Planbetten 2025 die anzustrebende Zielgröße. Diese stellen die nicht zu überschreitende, behördlich genehmigte Maximalzahl an Betten dar.“

(Quelle: Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien - stationäre Versorgung 2025, S 7 und S 12-13: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/rsg-05-2022-text.pdf>)

#### **Empfehlung Nr. 4:**

Es wären über die bisherigen Maßnahmen hinaus weitere Schritte zu ergreifen, um vakante Dienstposten im Bereich des ärztlichen Personals für Anästhesie ehebaldig besetzen zu können. Als kurzfristig mögliche Maßnahme sollte der verbundweite Personalausgleich unter Leitung der Generaldirektion vorangetrieben werden. Weiters sollte unter Einbeziehung der Magistratsdirektion der Stadt Wien evaluiert werden, inwiefern temporär befristete Anreizsysteme im Dienst- und Besoldungsrecht geschaffen werden können, um die Anwerbung von ärztlichem Personal in Mangelfächern bzw. Fächern mit einem Fachärztinnen- bzw. Fachärztemangel zu erleichtern. Da fehlendes ärztliches Personal in bestimmten Fächern eine über die Stadt Wien hinausgehende Thematik darstellt, sollten auch diesbezügliche Gespräche mit weiteren Stakeholdern des öffentlichen Gesundheitswesens initiiert werden (s. Punkt 3.3.4).

**Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Vom Gesundheitsverbund wurden bereits weitere Schritte ergriffen, um die Besetzung von Dienstposten im Bereich des ärztlichen Personals für Anästhesie zu erhöhen.

Im Hinblick auf den bestehenden Ärztinnen- bzw. Ärztemangel in diversen Fachrichtungen wurde die Generaldirektion des Gesundheitsverbundes mit Wirksamkeit vom 20. März 2023 von Herrn Magistratsdirektor ermächtigt, für Fachärztinnen bzw. Fachärzte sowie Oberärztinnen bzw. Oberärzte von definierten Mangelfächern, im Besonderen für das Sonderfach „Anästhesie und Intensivmedizin“, zugeordnet dem Gehaltsband 2 des Schemas W5, Gehaltsfestsetzungen gemäß § 85 Abs. 2 W-BedG bis zur Gehaltsstufe 9 in Eigenkompetenz vorzunehmen. Durch diese erweiterte Ermächtigung kann flexibler auf die Arbeitsmarktsituation und den bestehenden Ärztinnen- bzw. Ärztemangel reagiert werden. Ferner werden dadurch die Erfolgchancen, Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Anästhesie und Intensivmedizin für in Aussicht genommene Tätigkeiten bei der Stadt Wien zu gewinnen, wesentlich erhöht.

Ferner wurde zur Förderung und Attraktivierung der anästhesiologischen und intensivmedizinischen Ausbildung eine trägerübergreifende Kooperation zwischen dem Gesundheitsverbund und der AUVA abgeschlossen. Diese wird beginnend mit dem Sommer 2024 zwischen der KFN und dem TZW mit den Standorten Meidling und Brigittenau umgesetzt. Durch die Kooperation soll das gesamte Spektrum der Ausbildungsinhalte für das Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin angeboten werden. Dieser Vorteil kann von beiden Kooperationspartnern zur Absicherung der vollumfänglichen Berechtigung zur

Vermittlung der gesamten Ausbildungsinhalte im Sonderfach genutzt werden. Im Weg zweier separat bewilligter Ausbildungsstätten können durch Rotation der Bediensteten insgesamt alle fachärztlichen Ausbildungsinhalte ohne zusätzliche bürokratische Hürden und Hindernisse für die Fachärztinnen bzw. Fachärzte in Ausbildung absolviert werden.

Des Weiteren wurden vom Gesundheitsverbund mehrere Förderprogramme gestartet (z.B. mit der OeAD-GmbH - Agentur für Bildung und Internationalisierung und der Sigmund Freud PrivatUniversität) um Fachärztinnen bzw. Fachärzte von Mangelfächern für den Gesundheitsverbund zu gewinnen und langfristig an die Stadt Wien zu binden.

Mit der Schaffung der erweiterten Möglichkeit von Gehaltsfestsetzungen bis zur Gehaltsstufe 9, dem Abschluss einer trägerübergreifenden Kooperationsvereinbarung mit der AUVA und der Etablierung von diversen Förderprogrammen (z.B. Kooperation mit dem OeAD (s. Link) oder der Sigmund Freud PrivatUniversität (s. Link) wurde die Maßnahmenempfehlung des StRH Wien bereits umgesetzt.

#### **Empfehlung Nr. 5:**

Die unterschiedlichen Belagsdauern innerhalb der Leistungsgruppen wären zu analysieren (s. Punkt 4.1.2).

**Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Die geforderten Analysen wurden bereits durchgeführt.

In Vismedica steht ein Tool zum Benchmarking der Belagsdauern zur Verfügung, das bei den vorliegenden Analysen zum Einsatz gekommen ist. Dabei werden die Daten durch Ausschluss von Extremfällen vergleichbar gemacht. Im Tool werden die BDMW des Bundes anhand der tatsächlichen Fälle auf Basis der spezifischen LDF-Knoten jeder Klinik ausgewiesen. Die Unterschiede in den konkreten Belagsdauern zwischen den Kliniken beruhen u.a. auch auf dem Fallmix, der sich in den unterschiedlichen BDMW zeigt. Das heißt je größer die Variabilität im BDMW, desto stärker unterscheiden sich die Fälle in ihrer Schwere in den Kliniken - und desto mehr von der Variabilität in den konkret entstandenen Belagsdauern wird dadurch erklärt. Zum Vergleich der Kliniken untereinander ist daher nicht nur der Vergleich der Belagsdauern, sondern auch die Abweichung vom klinik-spezifischen BDMW des Bundes von Relevanz. Zu beachten ist, dass die BDMW des Bundes aufgrund der Werte der drei Vorjahre jeweils neu berechnet werden und sich daher im Jahr 2022 gegenüber dem Jahr 2019 verändert haben. Der BDMW 2022 entspricht grundsätzlich dem Durchschnitt der Ist-Werte der Jahre 2018 bis 2020, gescort nach dem LKF-Modell 2021.

**Empfehlung Nr. 6:**

Im Zusammenhang mit den Wartezeiten auf OP-Termine sollten diese für gängige urologische Leistungen im Sinn der Transparenz periodisch veröffentlicht werden (s. Punkt 4.1.4).

### **Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Der Gesundheitsverbund hat mit dem neuen IT-Tool rezent die Möglichkeit Wartezeiten zu monitieren. Der dahinterliegende Prozess der Datenerfassung und Plausibilisierung wird zeigen, wie valide diese Auswertungen sind. In Abhängigkeit dazu behält sich der Gesundheitsverbund vor, die Ergebnisse zu veröffentlichen.

### **Empfehlung Nr. 7:**

Die Ziele hinsichtlich der anzustrebenden Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz wären - nach Wegfall der COVID-19-bedingten Einschränkungen - zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen. Um die jeweiligen Zielwerte auch zu erreichen, wären verbundweit sowie in den einzelnen Kliniken die dazu notwendigen Maßnahmen zu definieren und umzusetzen (s. Punkt 4.2.2).

### **Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Es bestehen aktuell keine COVID-19 bedingten Einschränkungen. Eine Erreichung der Zielzahlen wird je nach Vorhandensein der Personalressourcen angestrebt. Aufgrund der postpandemischen europaweiten Mangelsituation in den Gesundheitsberufen liegt der Hauptfokus des Unternehmens in der Erfüllung des Versorgungsauftrags für Akutpatientinnen bzw. Akutpatienten. Die Erreichung der Zielzahlen wird je nach Personalverfügbarkeit angestrebt.

**Empfehlung Nr. 8:**

Die Gründe für die Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen für die Anlage oder den Wechsel eines transurethralen Katheters sowie den Wechsel eines suprapubischen Katheters wären zu analysieren und der MA 24 - Strategische Gesundheitsversorgung zur Initiierung von Maßnahmen zu kommunizieren (s. Punkt 4.2.3).

**Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Der Ressourcenmangel im extramuralen Bereich ist signifikant, wodurch es allgemein zu einer vermehrten Beanspruchung von Ressourcen des Gesundheitsverbundes kommt. An einer gemeinsamen Lösung mit der MA 24 - Strategische Gesundheitsversorgung wird bereits gearbeitet.

**Empfehlung Nr. 9:**

Die Gründe für (längere) stationäre Aufenthalte bei einigen urologischen Leistungen aus dem Tagesklinikcatalog wären mit dem Ziel zu analysieren, notwendigenfalls entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen und in weiterer Folge die Leistungserbringung bei diesen Eingriffen im ambulanten Setting bzw. in Form von Eintagespflegen (Nulltagesaufenthalten) zu erhöhen (s. Punkt 4.3.3).

**Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Eine vermehrte ambulante Erbringung tagesklinischer Leistungen wird weiter forciert werden.

### **Empfehlung Nr. 10:**

Sämtliche bisherigen Personalrekrutierungsmaßnahmen wären zu forcieren und damit eine ausreichende Zahl an Pflegepersonen langfristig sicherzustellen. Ebenso wären im Rahmen von Leistungstransferierungen zwischen den Kliniken begleitende Maßnahmen zu setzen, um nicht lediglich vakante Dienstposten zu transferieren (s. Punkt 5.2.5).

### **Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Der Gesundheitsverbund war in den letzten Jahren sehr aktiv und auch gezielt auf Kongressen und Messen zu Recruiting-Zwecken von Mangelberufen vertreten (z.B. Kongresse in Deutschland, bei deutschen Pflegetagen, bei der JOB Messe im Rathaus, Pflegekongressen in Österreich, BEST) und nimmt seine Rolle bei Veranstaltungen der Stadt Wien auch wahr (z.B. Donauinselfest, Veranstaltungen in Einkaufszentren, Boysday, Töchterttag, Regenbogenparade).

Die Socialmediawerbung wurde schrittweise ausgebaut und es werden regelmäßig Inhalte und Kampagnen für verschiedene Berufe im Gesundheitsverbund gepostet (Facebook, Instagram, LinkedIn, Twitter, TikTok).

Neben der neu aufgebauten Karrierewebsite <https://karriere.gesundheitsverbund.at/> wurden zusätzlich eigene Homepages zur Anwerbung von Mangelberufen erstellt. Mit diesen Websites wurde sowohl im Inland als auch im Ausland geworben.

Durch die Ausrollung des TalentLink in den vergangenen Jahren gibt es im Gesundheitsverbund ein einheitliches EDV-Tool zur Rekrutierung und Bewerbung von Personen aller Berufe und dadurch eine transparente und schnelle Abarbeitung von Bewerbungen.

Im Vorstandsressort Personalentwicklung und Ausbildung wurde eine Stelle für die Fachreferentin bzw. den Fachreferenten für strategisches Recruiting und Personalmarketing geschaffen. Diese neu geschaffene Position in der Generaldirektion stellt, nach Besetzung mit 2. Jänner 2024, künftig eine strategische und bedarfsgeleitete Konzeptionierung von Personalmarketinginitiativen und Recruitingprozessen, mit dem Fokus auf Gesundheitsberufe, für potentielle Mitarbeitende und Auszubildende sicher. Der Stellenzweck umfasst weiters die strategische Steuerung von Recruitingprozessen in der Gesamtorganisation durch entsprechende Vorgaben, unter Berücksichtigung künftiger Veränderungen und in Zusammenarbeit mit allen relevanten Fachexpertinnen bzw. Fachexperten. Diese Position wird auch die Schnittstellenfunktion zum Vorstandsressort Unternehmenskommunikation zu allen Maßnahmen, insbesondere betreffend die Erstellung von Inhalten für diverse Recruitingkanäle, beinhalten. Nach Etablierung dieser Position ist die Implementierung weiterer, dezentraler, operativer Recruiterinnen bzw. Recruiter im Unternehmen geplant, die die eigenständige Umsetzung und Evaluierung strategischer Recruitingmaßnahmen im eigenen Wirkungskreis, unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfe, gewährleisten sollen.



Das Projekt Wiener Gesundheitsverbund - Personal Pflege 2025 (WIPEP) beschäftigt sich im Teilprojekt 4 mit dem Personalmarketingmethoden, dem Recruiting und Bewerberinnen- bzw. Bewerbermanagement. Aus den Ergebnissen dieses Projektes werden auch strategische Handlungsempfehlungen für den Recruiting Prozess abgeleitet.

Im Jahr 2021 wurde ein Ausbildungskonzept, welches sowohl den quantitativen Ausbau an Ausbildungsplätzen als auch die räumliche und organisatorische Verortung der Ausbildungen beinhaltet, vorgelegt und die entsprechenden Verträge unterzeichnet. Eckpunkte des Ausbildungskonzeptes für die Stadt Wien:

- Ausbau von 810 zusätzlichen Studienplätzen im gehobenen Dienst für GuK für die Stadt Wien (FSW) an der FH Campus Wien,
- Ausbau von 170 zusätzlichen Studienplätzen für den Gesundheitsverbund sowie
- Ausbau von 750 zusätzlichen Ausbildungsplätzen in den Pflegeassistentenberufen beim FSW.

Es wurde außerdem ein Fachstab Qualität und Leistung im klinischen Betrieb eingerichtet, um Engpässe in den Mangelbereichen gemeinsam mit den Kollegialen Führungen und dem Vorstand zu lösen (inkl. benötigter Dienstpostenverschiebungen zwischen den Kliniken). Diese Fachstäbe finden monatlich statt.

Die Stadt Wien investiert außerdem 150 Mio. EUR in ein Personalpaket für den Gesundheitsverbund. Dieses Paket beinhaltet verschiedene Attraktivierungsmaßnahmen beispielsweise die Erhöhung der Zulagen für Sonn- und Feiertagsdienste und Nachtdienste ab 1. Februar 2024. Die besondere Flexibilität kurzfristiger Dienstübernahmen wird künftig ebenfalls gesondert honoriert.

Eine umfassende Ausbildungsoffensive, deren Kernstücke die Anstellung von 400 Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege und in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten im kommenden Jahr und 800 Anstellungen im Jahr 2025 sind, rundet das Personalpaket ab.

Bei geplanten Leistungsverlagerungen werden vakante Dienstposten künftig so früh wie möglich der künftigen Organisationseinheit zur Verfügung gestellt, um rechtzeitig Recruitingmaßnahmen einleiten und entsprechende Expertise aufbauen zu können. Mit dieser Maßnahme soll auch bestehendes Personal zu einem Klinikwechsel motiviert werden.

### **Empfehlung Nr. 11:**

Vor dem Hintergrund der schwierigen Rahmenbedingungen diplomiertes Pflegepersonal zu rekrutieren, empfahl der StRH Wien, unter Berücksichtigung des jeweiligen Leistungsgeschehens der Abteilung vakante Dienstposten verstärkt auch mit Personal aus den Pflegeassistentenberufen zu besetzen (s. Punkt 5.2.6).

**Stellungnahme des Gesundheitsverbundes:**

Der Gesundheitsverbund stimmt der Empfehlung zu und berücksichtigt dies bereits aktuell bei der Postenbesetzung.

**Der Stadtrechnungshofdirektor:**

**Mag. Werner Sedlak, MA**

Wien, im Juli 2024