Rechnungshof Österreich

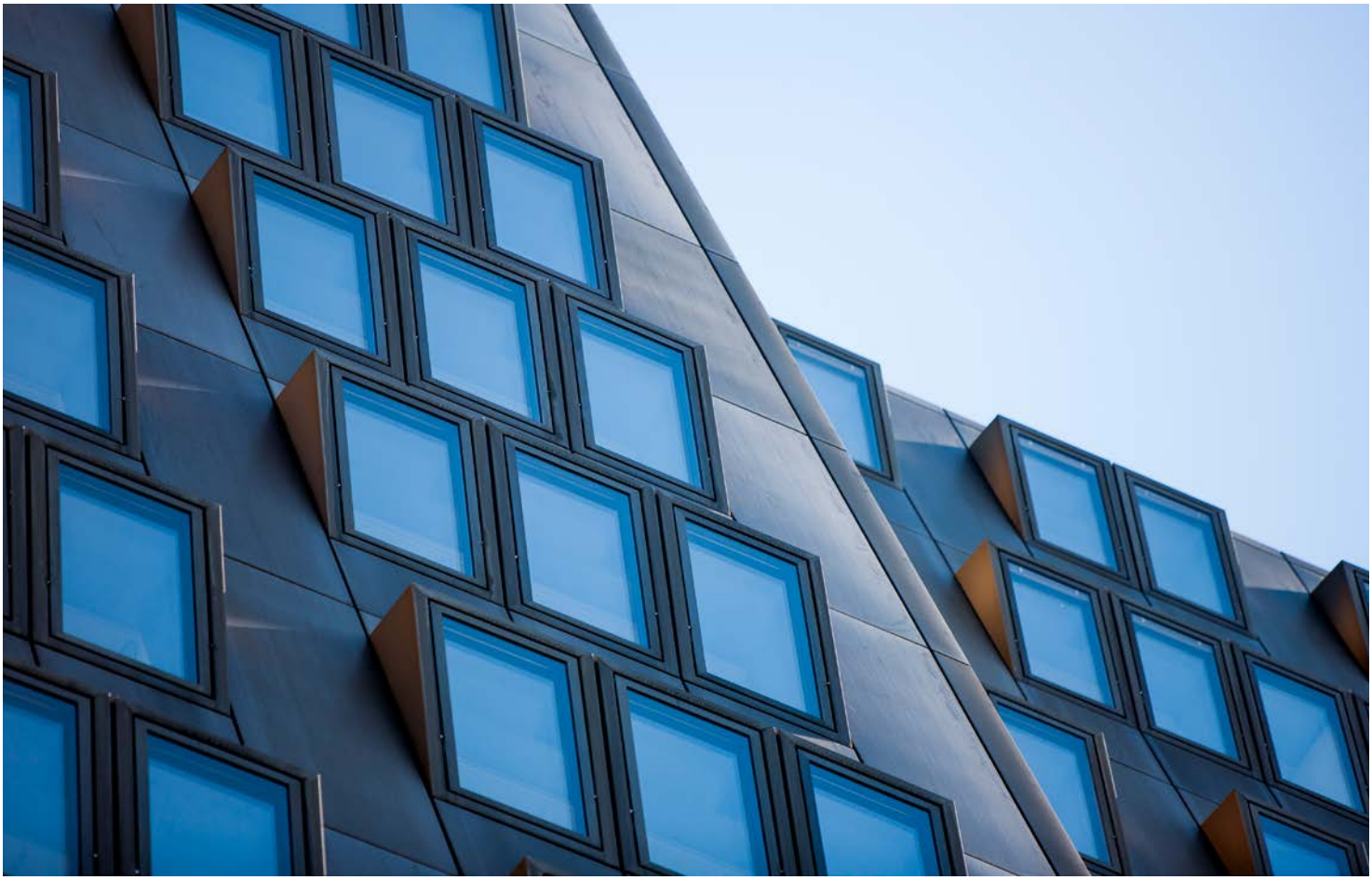
Unabhängig und objektiv für Sie.

Reihe BUND 2023/35

Reihe KÄRNTEN 2023/5

Ambulante Versorgung in Kärnten

Bericht des Rechnungshofes



III–1067 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVII. GP
Rechnungshof GZ 2023–0.865.462 (005.099)

Vorbemerkungen

Vorlage

Der RH erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes–Verfassungsgesetz und dem Kärntner Landtag gemäß Art. 127 Abs. 6 Bundes–Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punkteweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf– und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Rechnungshof Österreich
1030 Wien, Dampfschiffstraße 2
www.rechnungshof.gv.at
Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich
Herausgegeben: Wien, im Dezember 2023

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E–Mail info@rechnungshof.gv.at
facebook/RechnungshofAT
Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover, Seite 8: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 4

Glossar 6

Prüfungsziel 9

Kurzfassung 9

Zentrale Empfehlungen 16

Zahlen und Fakten zur Prüfung 17

Prüfungsablauf und –gegenstand 19

LKF–ambulant und ambulante Dokumentation 20
- Grundlagen und Zielsteuerung–Gesundheit 20
- Leistungsdokumentation 21
- Diagnosendokumentation 24
- LKF–ambulant 27
- Umsetzung des LKF–ambulant in Kärnten 29

Ambulante Versorgung in Krankenanstalten 33
- Überblick 33
- Ausgewählte ambulante Fachbereiche und Leistungen 36
- Zentrale Ambulante Erstversorgung 41
- Kosten der ambulanten Versorgung 48
- Reduktion von Nulltagesaufenthalten 52
- Sonderklasse 53

Sektorenübergreifende ambulante Versorgung 59
- Erbringung ausgewählter Leistungen 59
- Versorgung im niedergelassenen Bereich 62
- Primärversorgungseinheiten 66
- Gesundheitsberatung 1450 76
- Hausärztliche Bereitschaftsdienste 79

Ergebnisqualität im ambulanten Bereich 84

Schlussempfehlungen 86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ambulante und stationäre Kennzahlen 34

Tabelle 2: Ambulante Besuche in ausgewählten Fachbereichen 36

Tabelle 3: Kosten der Kärntner Fondskrankenanstalten 48

Tabelle 4: Versicherte mit privater Krankenversicherung für Krankenhauskosten 57

Tabelle 5: Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich in Kärnten 63

Tabelle 6: Primärversorgungseinheiten in Österreich (Stand Mitte Mai 2023) 68

Tabelle 7: Gesundheitsberatung 1450 in Kärnten und Österreich 77

Tabelle 8: Hausärztliche Bereitschaftsdienste in Kärnten 81

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Tagesklinik–Leistungen in Kärnten 38

Abbildung 2: Kontakte in der Zentralen Ambulanten Erstversorgung im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee im Wochen– bzw. Tagesverlauf 45

Abbildung 3: Ambulante Kosten und Patientinnen bzw. Patienten sowie stationäre Kosten und Aufenthalte in Kärnten 49

Abbildung 4: Koloskopien in Österreich 59

Abbildung 5: (Spitals–)Ambulante Kontakte in Kärnten 2016 bis 2021 je Einwohnerin bzw. Einwohner 62

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COVID	corona virus disease (Coronaviruskrankheit)
CT	Computertomographie
DIAG	Dokumentations– und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
(f)f.	folgend(e)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICPC	International Classification of Primary Care
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IKT	Informations– und Kommunikationstechnologie
KABEG	Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KH	Krankenhaus
K–KAO	Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999
LGBl.	Landesgesetzblatt
lit.	litera (Buchstabe)
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

LKH	Landeskrankenhaus
MEL	medizinische Einzelleistung
Mio.	Million(en)
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PR	Public Relations
PVE	Primärversorgungseinheit(en)
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
TV	Television
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
Z	Ziffer
ZAE	Zentrale Ambulante Erstversorgung
ZAE–alt	Zentrale Aufnahme– und Erstversorgungseinheit
z.B.	zum Beispiel

Glossar

extramurale Versorgung

Als extramurale Versorgung wird die Versorgung außerhalb der Krankenanstalten, insbesondere bei niedergelassenen (Fach–)Ärztinnen oder (Fach–)Ärzten, bezeichnet.

Fondskrankenanstalten

Fondskrankenanstalten sind Krankenanstalten, die aus den Landesgesundheitsfonds öffentliche Mittel nach dem System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) erhalten.

Gastroenterologie

Die Gastroenterologie (Teilgebiet der Inneren Medizin) beschäftigt sich mit Erkrankungen des Magen–Darm–Trakts.

histologisch–zytologische Untersuchung

Bei einer histologischen Untersuchung handelt es sich um die Untersuchung von Gewebeproben in Hinblick auf krankhafte Veränderungen (z.B. bei Krebsverdacht), bei einer zytologischen Untersuchung um eine mikroskopische Untersuchung von Zellen und Zellveränderungen.

Kardiologie

Die Kardiologie (Teilgebiet der Inneren Medizin) beschäftigt sich mit Erkrankungen des Herz–Kreislauf–Systems.

Katarakt–Operation

Die Katarakt–Operation ist ein Eingriff zur Behandlung des Grauen Stars, bei dem die eingetrübte Linse entfernt und durch eine künstliche ersetzt wird.

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Beim LKF–System handelt es sich um ein Fallpauschalen–System, das in Abhängigkeit von Leistungen, Diagnosen, Aufenthaltsdauer und Intensivpflege je Krankenhausaufenthalt bundesweit einheitlich Verrechnungspunkte festlegt.

Mapping

Durch Mapping werden Daten bzw. Felder aus verschiedenen Datenbanken oder –systemen verknüpft.

Nephrologie

Die Nephrologie (Teilgebiet der Inneren Medizin) beschäftigt sich vor allem mit Nierenerkrankungen.

Nulltagesaufenthalt

Ein Nulltagesaufenthalt liegt vor, wenn stationäre Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgen.

Onkologie

Die Onkologie ist jener Bereich der Medizin, der sich mit Krebserkrankungen beschäftigt.

Tagesklinik–Aufenthalt

Ein Tagesklinik–Aufenthalt liegt vor, wenn stationäre Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgen und eine Leistung aus dem Tagesklinik–Katalog erbracht wird (u.a. „kleinere“ operative Eingriffe, wie etwa zur Behandlung des Grauen Stars).

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte haben einen Einzelvertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern abgeschlossen. Sie verrechnen die erbrachten Leistungen grundsätzlich direkt mit diesen (nicht mit den Patientinnen und Patienten).

Ambulanzen öffentlicher Krankenanstalten sollen Patientinnen und Patienten insbesondere bei notwendiger Erstversorgung (Erste ärztliche Hilfe) oder mittels Untersuchungs– und Behandlungsmethoden behandeln, die außerhalb der Krankenanstalt z.B. nicht in geeigneter Weise verfügbar sind. Die Kärntner Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG gab jedoch an, dass Spitalsambulanzen viele Patientinnen und Patienten versorgten, die grundsätzlich auch der niedergelassene Bereich betreuen könnte.

Die Erstversorgungsambulanzen im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee und im Landeskrankenhaus Villach betreuten laut ihren Angaben zu mindestens 50 % Personen, die nicht als Notfall oder dringlicher Fall einzustufen waren.

Die Einführung des Bepunktungsmodells LKF–ambulant für ambulante Leistungen zielte u.a. darauf ab, den stationären Bereich etwa durch die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger kurzer Aufenthalte zu entlasten und die Versorgungsstrukturen nachhaltig an den medizinischen Fortschritt anzupassen. Dies u.a. durch vergleichbare Bepunktung für stationäre und ambulante Leistungen.

Angesichts der 2016 bis 2021 gestiegenen spitalsambulanten und extramuralen Kontakte, der fehlenden Daten zum Wahlarztbereich und der nicht verfügbaren Daten zur zeitlichen Inanspruchnahme der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte waren allfällige Leistungsverschiebungen zwischen spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich nicht umfassend beurteilbar.

Von fünf geplanten Primärversorgungseinheiten in Kärnten war im Mai 2023 nur eine in Klagenfurt in Betrieb. Bei anderen Maßnahmen mit potenziell spitalsentlastender Wirkung – insbesondere Gesundheitsberatung 1450 und Hausärztliche Bereitschaftsdienste – blieb auch mangels Evaluierung offen, ob die entlastende Wirkung tatsächlich erzielt wurde; außerdem war die Inanspruchnahme dieser Angebote in Kärnten rückläufig.

Bundesweit fehlten weiterhin – mit Ausnahme der Primärversorgungseinheiten – eine standardisierte Diagnosendokumentation im niedergelassenen Bereich und eine umfassende Diagnosendokumentation im spitalsambulanten Bereich. Die Kärntner Fondskrankenanstalten hingegen codierten im gesamten ambulanten Bereich Diagnosen. Eine bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung für den ambulanten Bereich lag nicht vor.

Verbesserungsbedarf sah der RH etwa im Bereich der Datengrundlagen (u.a. Leistungs– und Diagnosendokumentation), in der Qualitätssicherung, in der Optimierung der Gesundheitsberatung 1450 und der Hausärztlichen Bereitschaftsdienste sowie im Ausbau von Primärversorgungseinheiten. Dies auch, um die gemäß Zielsteuerung–Gesundheit angestrebte Patientenversorgung am „Best Point of Service“ verwirklichen und somit den Patientinnen bzw. Patienten die optimale Therapie am richtigen Ort zum richtigen Zeitpunkt anbieten zu können.

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- Land Kärnten

Ambulante Versorgung in Kärnten

Prüfungsziel

Der RH überprüfte von Juni 2022 bis Jänner 2023 die (spitals–)ambulante Versorgung in Kärnten. Prüfungsziele waren

- die Analyse des ambulanten Abrechnungsmodells (LKF–ambulant) und seiner Weiterentwicklung, insbesondere der Abrechnung bisher tagesklinisch erbrachter Leistungen als Ambulanzleistungen, sowie der Diagnosendokumentation,
- die Analyse des Leistungsangebots sowie der Erfassung und Abrechnung spitalsambulanter Leistungen in ausgewählten Versorgungsbereichen im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee und im Landeskrankenhaus Villach und
- die Analyse von Maßnahmen mit potenziell spitalsentlastender Wirkung (insbesondere Primärversorgungseinheiten) in Kärnten.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2017 bis 2021. Darüber hinaus ging der RH auch auf frühere und spätere Entwicklungen ein.

Kurzfassung

Leistungs– und Diagnosendokumentation, Ergebnisqualität

Während Krankenanstalten im stationären Bereich bereits seit 1997 medizinische Leistungen dokumentierten, existierte für ambulant erbrachte Leistungen erst seit 2013 ein Leistungskatalog, dessen Positionen ab 2014 bundesweit einheitlich zu erfassen waren. Dieser Leistungskatalog sollte insbesondere eine vergleichbare Datengrundlage im gesamten ambulanten (spitalsambulanten und niedergelassenen) Bereich schaffen. Im niedergelassenen Bereich basierte die Leistungsdokumentation auf Honorarpositionen, die je nach Krankenversicherungsträger unterschiedlich sein konnten. Zudem wurden Leistungen in vielen Fällen pauschal honoriert. Eine Vergleichbarkeit der im spitalsambulanten Bereich erbrachten Leistungen mit jenen im niedergelassenen Bereich war somit nur eingeschränkt gegeben, obwohl gemäß Reformvereinbarung 2008 bereits ab 2009 vergleichbare Datengrundlagen über den

gesamten ambulanten Bereich sichergestellt sein sollten; dies im Hinblick auf eine optimale Planung und Steuerung der Versorgungsstrukturen und –angebote. (TZ 3)

Eine – z.B. in der Reformvereinbarung 2017 vorgesehene – einheitliche Diagnosendokumentation war Voraussetzung für epidemiologische Betrachtungen und statistische Analysen über die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Sie fehlte allerdings im niedergelassenen Bereich – mit Ausnahme der Primärversorgungseinheiten – nach wie vor. Auch im spitalsambulanten Bereich waren die Krankenanstalten österreichweit nur bei bestimmten Leistungen, wie etwa Chemotherapien oder der Behandlung von seltenen Erkrankungen, zur Diagnosendokumentation verpflichtet. In Kärnten hingegen übermittelten die Krankenanstalten verpflichtend eine Diagnose pro ambulantem Besuch an den Kärntner Gesundheitsfonds. (TZ 4)

Im Unterschied zum stationären Bereich fehlte trotz entsprechender Vereinbarungen im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit seit fast zehn Jahren eine Ergebnisqualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich. (TZ 26)

LKF–ambulant und Umsetzung in Kärnten

Das ab 2019 verpflichtend anzuwendende Bepunktungsmodell LKF–ambulant zielte darauf ab, Anreize zur ambulanten Erbringung von Leistungen zu setzen und dadurch den stationären Bereich zu entlasten. Es löste die pauschale Vergütung spitalsambulanter Leistungen ab. Insbesondere ambulant erbrachte Chemotherapien oder Tagesklinik–Leistungen waren dadurch in gleicher Höhe wie im stationären Bereich zu bepunkten. Offen blieb für den RH, ob diese Leistungen mit den gleichen Punktewerten in EUR wie im stationären Bereich abzurechnen waren. (TZ 5, TZ 6)

In Kärnten entfielen 2021 77,5 % der für Krankenanstalten zur Verfügung stehenden Mittel auf den stationären Bereich und 22,5 % auf den ambulanten. Der Kärntner Gesundheitsfonds entsprach der Vorgabe des Bundes, mindestens 50 % der ambulanten Mittel für die Finanzierung nach LKF–Punkten einzusetzen. (TZ 6)

Kärnten führte das Bepunktungsmodell LKF–ambulant freiwillig schon im Jahr 2017 ein. Seither erhöhten sich die für den ambulanten Bereich bereitgestellten LKF–Mittel deutlich – von 77,31 Mio. EUR im Jahr 2016 auf 116,87 Mio. EUR im Jahr 2021. Der Kostendeckungsgrad (Kennzahl für das Verhältnis der verteilten LKF–Mittel zu den Endkosten) im ambulanten Bereich betrug im Zeitraum 2017 bis 2021 durchschnittlich 55 %. Soweit die LKF–Mittel nicht ausreichten, stellte im Wesentlichen das Land Kärnten Mittel über die Betriebsabgangsdeckung zur Verfügung. (TZ 6)

Spitalsambulante Versorgung in Kärnten

Ambulante Kontakte, Leistungen und Kosten

Die Ambulanzen des Klinikums Klagenfurt am Wörthersee und des Landeskrankenhauses Villach erbrachten laut Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG (**KABEG**) viele Leistungen (z.B. diverse Augenuntersuchungen oder Diabetesschulungen), die teilweise auch der niedergelassene Bereich in gleicher Qualität erbringen könnte. Chemotherapien und (z.B. psychiatrische) Tagesbehandlungen rechneten die Kärntner Fondskrankenanstalten – wie im LKF–ambulant vorgesehen – im ambulanten Bereich ab, dementsprechend sanken die Nulltagesaufenthalte für diese Leistungen. Tagesklinik–Leistungen (z.B. Behandlung des Grauen Stars) wurden trotz der Möglichkeit der ambulanten Abrechnung bei gleicher Bepunktung weiterhin weitgehend stationär abgerechnet. (TZ 9)

Die Kosten im ambulanten Bereich erhöhten sich – bedingt u.a. durch die Verschiebung von Leistungen und durch Kostensteigerungen in der Onkologie – in den Kärntner Fondskrankenanstalten seit Einführung des LKF–ambulant von 2017 bis 2021 mit 26 % deutlich (2021: 215,30 Mio. EUR) und durchgehend stärker als die stationären Kosten. Dies obwohl (teilweise pandemiebedingt) die Zahl der ambulanten Patientinnen und Patienten – wie auch der stationären Aufenthalte – insbesondere 2020 rückläufig war. (TZ 14)

Zentrale Ambulante Erstversorgung

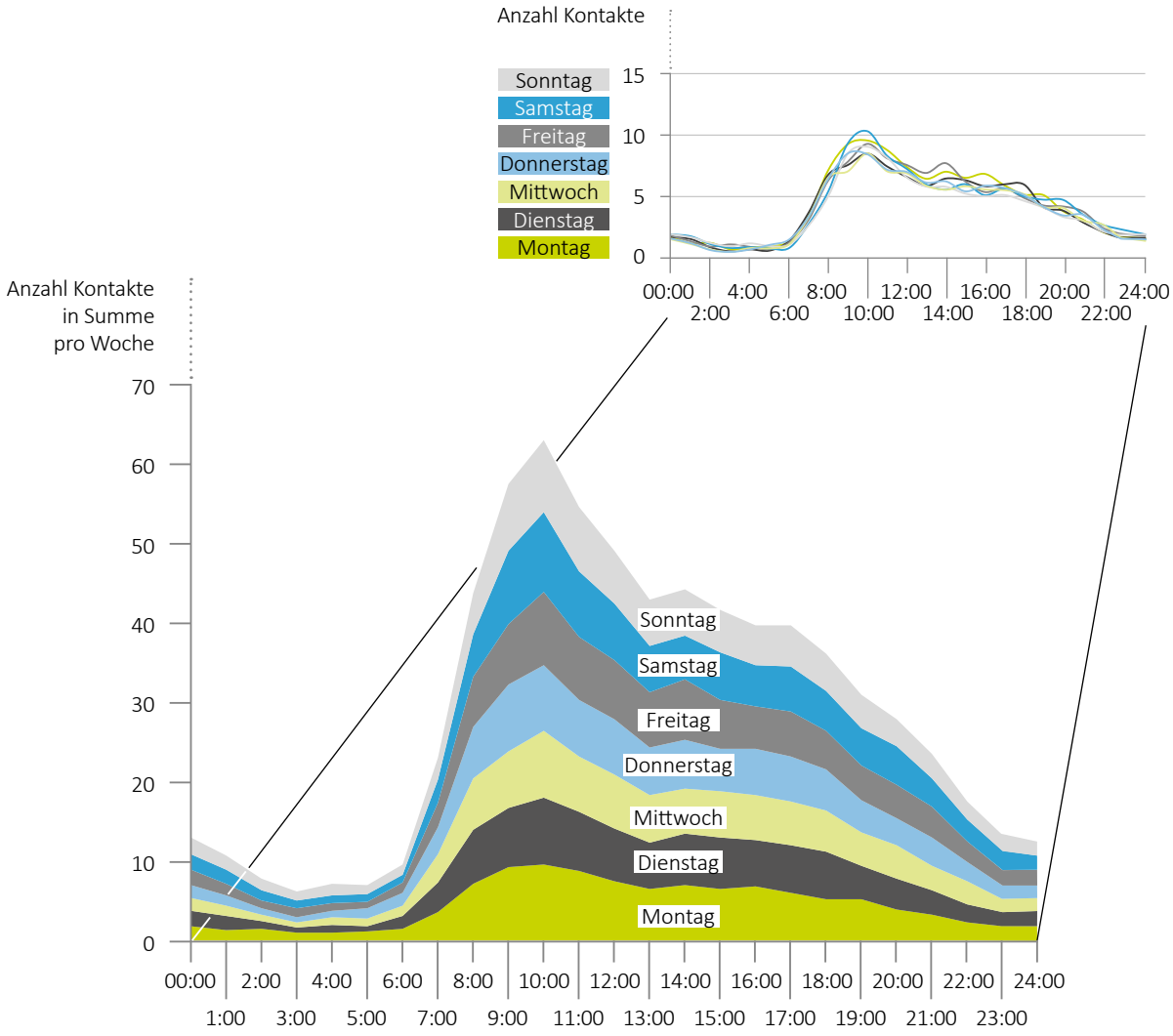
Die öffentlichen Krankenanstalten konnten die „Erste ärztliche Hilfe“ u.a. durch eine Zentrale Ambulante Erstversorgung oder durch eine (Fach–)Ambulanz erbringen. Im Regionalen Strukturplan Gesundheit Kärnten 2025 war sowohl für das Klinikum Klagenfurt am Wörthersee als auch für das Landeskrankenhaus Villach eine Zentrale Ambulante Erstversorgung geplant. Im Landeskrankenhaus Villach gab es jedoch, anders als im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, keine zentrale Anlaufstelle ohne Terminvereinbarung, weil dort die Erstversorgung fachlich und örtlich dezentral organisiert war. (TZ 10, TZ 11, TZ 12)

Die Zentrale Ambulante Erstversorgung im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee stufte im ersten Halbjahr 2022 mehr als zwei Drittel der Besuche als „normal“[1] oder „nicht dringend“ ein. Für das Landeskrankenhaus Villach waren dies in der internistischen Notfallaufnahme im Jahr 2022 54 %. Laut KABEG könnte solche Fälle grundsätzlich auch der niedergelassene Bereich behandeln. Am meisten wurden diese beiden Ambulanzen jeweils am Vormittag aufgesucht; dies damit auch zu Zeiten (an Werktagen von Montag bis Freitag), an denen grundsätzlich niedergelassene Ärztin-

[1] Betrifft Erkrankungen oder Verletzungen ohne unmittelbare Gefahr oder Not; laut Manchester–Triage–System sollte die Behandlung innerhalb von 90 Minuten eingeleitet werden.

nen und Ärzte geöffnet hatten. Zur Inanspruchnahme am Klinikum Klagenfurt am Wörthersee siehe folgende Abbildung: (TZ 13)

Abbildung: Kontakte in der Zentralen Ambulanten Erstversorgung im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee im Wochen– bzw. Tagesverlauf



Quelle: DIAG; Darstellung: RH

Sonderklasse in den Ambulanzen

Zur Einhebung ambulanter Sonderklassegebühren vertraten das Gesundheitsministerium und das Land Kärnten bzw. die KABEG unterschiedliche Rechtsauffassungen: Das Gesundheitsministerium hielt eine ausdrückliche Festlegung im jeweiligen Krankenanstalten–Ausführungsgesetz der Länder für erforderlich. Das Land Kärnten bzw. die KABEG hingegen erachteten die bestehenden landesgesetzlichen Bestimmungen sowie zwei darauf basierende Verordnungen als ausreichende Grundlagen. Zur Frage,

ob das Thema „(ambulante) Sonderklassegebühren“ die Weiterentwicklung von LKF–ambulant behindern könnte, vertrat das Gesundheitsministerium die Ansicht, dass eine mögliche Sonderklasseabrechnung einen Anreiz für eine stationäre Aufnahme setzen könnte. Laut Land Kärnten sei mangels bundesgesetzlicher Festlegungen nicht sichergestellt, dass die Sonderklasseabrechnung bei einer Verschiebung von stationär zu ambulant aufrecht bliebe. Für die KABEG war die ambulante Sonderklasse aufgrund der dafür verrechneten ambulanten Sonderklassegebühren – 120.000 EUR für definierte Onkologie– und Strahlentherapie–Leistungen etwa im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee im Jahr 2021 – zur Zeit der Gebarungsüberprüfung von „eher geringer Bedeutung“. Evaluierungen, Studien bzw. ein Monitoring ob, inwiefern und in welchem Ausmaß „(ambulante) Sonderklassegebühren“ die Weiterentwicklung von LKF–ambulant beeinflussten, konnte das Gesundheitsministerium nicht vorlegen.

Der Anteil der Krankenhauskosten–Privatversicherten an der Bevölkerung stieg kontinuierlich (2021: Kärnten 20,7 %, Österreich 17,3 %). (TZ 16, TZ 17)

Sektorenübergreifende ambulante Versorgung

Ausgewählte Leistungen und Versorgung im niedergelassenen Bereich

Viele spitalsambulant erbrachte Leistungen waren auch im niedergelassenen Bereich erbringbar. Bei Darmspiegelungen (Koloskopien) etwa gab es zwischen den Ländern große Unterschiede im Ort der Leistungserbringung. Eine Verlagerung von Leistungen war dann anzustreben, wenn diese bei zumindest gleicher Qualität in einem anderen Bereich gesamtwirtschaftlich günstiger erbracht werden konnte („Best Point of Service“). Weder das Gesundheitsministerium noch der Kärntner Gesundheitsfonds verfügte über Evaluierungsergebnisse, in welchem Umfang als spitalsentlastend definierte Maßnahmen tatsächlich eine Entlastung bewirkten. (TZ 18)

Die Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Kärnten nahm von 2016 bis 2020 um 7 % zu, die Zahl der Kontakte bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten von 2016 bis 2021 österreichweit um 7 % und in Kärnten um 12 %. Auch die Zahl der durchschnittlichen jährlichen spitalsambulanten Kontakte je Einwohnerin bzw. Einwohner in Kärnten stieg im Zeitraum 2016 bis 2021 von 2,0 auf 2,9, jene der extramuralen Kontakte von 12,8 auf 14,2. Die Kärntner Bevölkerung blieb im selben Zeitraum nahezu unverändert.

Angesichts der im Zeitraum 2016 bis 2021 gestiegenen spitalsambulanten und extramuralen Kontakte, der fehlenden Daten zum Wahlarztbereich und der nicht verfügbaren Daten zur zeitlichen Inanspruchnahme der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte waren allfällige Leistungsverschiebungen zwischen spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich sowohl insgesamt als auch zeitlich differenziert (z.B. Tagesrandzeiten) nicht umfassend beurteilbar. (TZ 19)

Primärversorgungseinheiten

Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 bzw. 2022–2023 sah den Auf– und Ausbau von Primärversorgungsmodellen vor. Der Regionale Strukturplan Gesundheit Kärnten 2025 plante fünf Primärversorgungseinheiten. Mitte Mai 2023 gab es in Kärnten nur eine Primärversorgungseinheit in Klagenfurt am Wörthersee als Pilotprojekt. Österreichweit waren Mitte Mai 2023 erst 40 von 75 geplanten Primärversorgungseinheiten errichtet. Primärversorgungseinheiten zeichneten sich vor allem durch längere Öffnungszeiten und die Einbindung zusätzlicher Gesundheitsberufe wie Hebammen aus. Der Regionale Strukturplan Gesundheit Kärnten 2025 sah fünf Primärversorgungseinheiten ausschließlich als Zentrum (an einem Standort) vor, obwohl die gesetzlichen Grundlagen auch den Betrieb an mehreren Standorten als Primärversorgungsnetzwerk ermöglichten. (TZ 20, TZ 21)

Die Honorierung von Primärversorgungseinheiten war auf regionaler Ebene durch eine „gesamtvertragliche Honorarvereinbarung“ zu regeln. Eine solche lag in Kärnten bis Mai 2023 nicht vor. Seit Anfang 2022 standen für die Weiterentwicklung von Primärversorgungseinheiten österreichweit 100 Mio. EUR aus dem Aufbau– und Resilienzplan 2020–2026 zur Verfügung. Weder die Österreichische Gesundheitskasse noch der Kärntner Gesundheitsfonds oder das Land Kärnten evaluierte die Primärversorgungseinheit in ihren zwei Betriebsjahren. (TZ 22, TZ 23)

Gesundheitsberatung 1450, Hausärztliche Bereitschaftsdienste

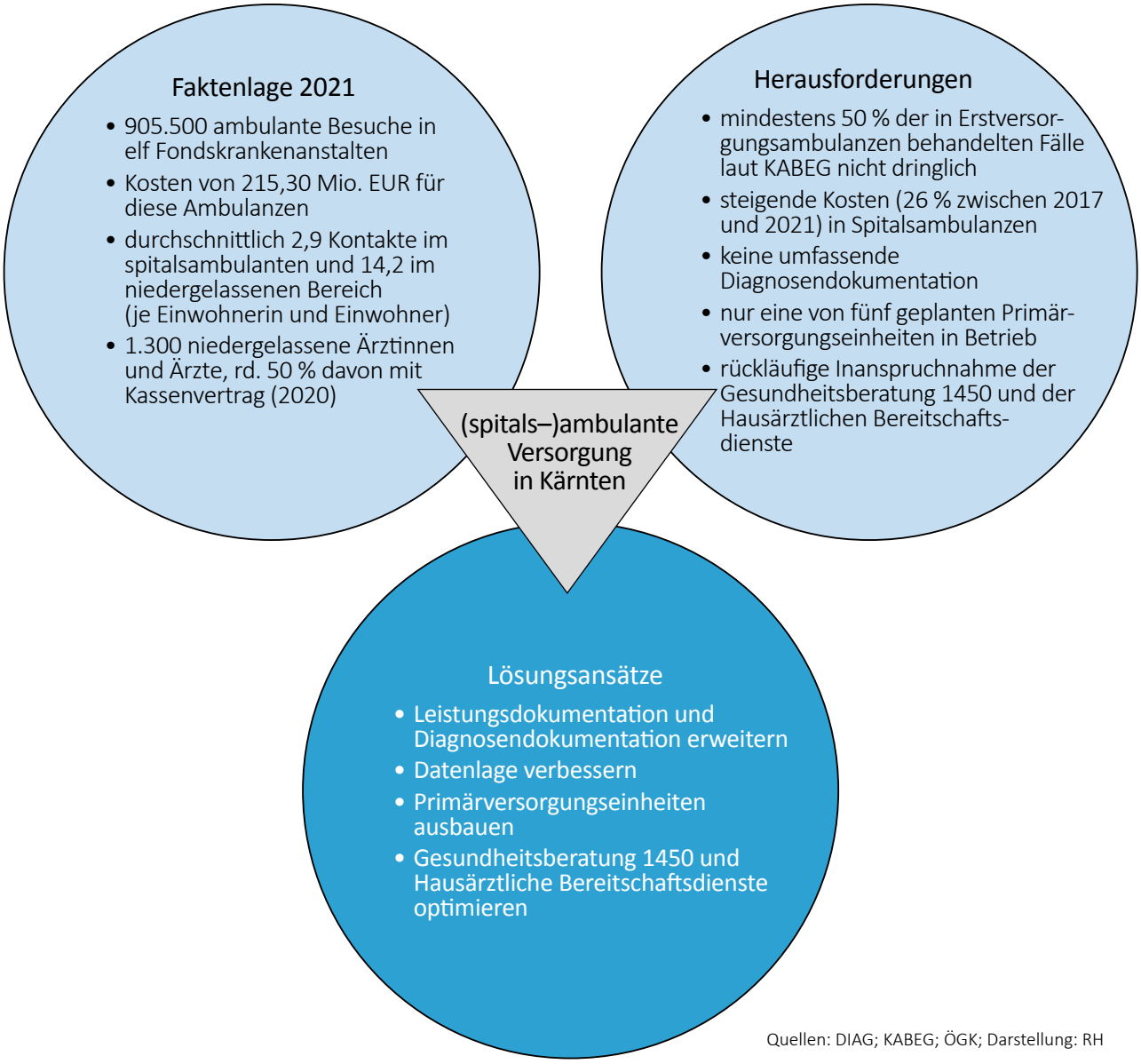
Die Telefonhotline Gesundheitsberatung 1450 war mit speziell geschultem, diplomiertem Gesundheits– und Pflegepersonal besetzt, das die Anrufenden bei der Suche nach dem „Best Point of Service“ unterstützte. Sie nahm in Kärnten, im Unterschied zu anderen Ländern, erst Ende 2019 den Betrieb auf. Abweichend von der österreichweiten Entwicklung (+10 %) reduzierte sich in Kärnten die Anzahl der Beratungen (ohne COVID–19) im Zeitraum 2020 bis 2022 um 59 %. 2022 wurden in Kärnten 46 %, in Österreich 48 % der Anrufenden an den niedergelassenen Bereich verwiesen. Mangels Evaluierung blieb jedoch offen, ob bzw. inwieweit die Gesundheitsberatung 1450 die beabsichtigte spitalsentlastende Wirkung erzeugte. (TZ 24)

Die Hausärztlichen Bereitschaftsdienste an Wochenenden und Feiertagen sowie von Montag bis Freitag waren in Kärnten unterschiedlich organisiert und finanziert. Die daraus resultierenden Aufwendungen für Land und Sozialversicherung betrugen 2021 insgesamt rd. 7 Mio. EUR (ohne Leistungen des COVID–Visitendienstes). Die Inanspruchnahme der Hausärztlichen Bereitschaftsdienste ging im Zeitraum 2015 bis 2021 zumeist deutlich zurück. Die Zahl der Visiten und Ordinationen reduzierte sich bei den Diensten von Montag bis Freitag um 74 %, an den Samstagen und Sonntagen von 2015 bis 2019 um 15 %. 2021 blieben 21 % der Dienste von Montag bis Freitag und 13 % der Wochenend– und Feiertagsdienste unbesetzt. (TZ 25)

Resümee

Nachstehende Abbildung fasst die wesentlichen Fakten, Herausforderungen und Lösungsansätze der Gebarungsüberprüfung zusammen:

Abbildung: Wesentliche Fakten, Herausforderungen und Lösungsansätze zur ambulanten Versorgung in Kärnten



Quellen: DIAG; KABEG; ÖGK; Darstellung: RH

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wäre im niedergelassenen Bereich eine verpflichtende standardisierte Diagnosendokumentation vorzusehen. Dabei wären die Vor– und Nachteile zweier unterschiedlicher Klassifikationssysteme (ICD–10 und ICPC–2) umfassend zu analysieren und gegebenenfalls ein einheitliches System vorzusehen. Die verpflichtende Diagnosendokumentation im spitalsambulanten Bereich wäre auf alle Diagnosen auszuweiten. (TZ 4)

- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollte im Interesse einer einheitlichen Vorgangsweise gemeinsam mit den Ländern die erforderlichen Rechtsgrundlagen für eine ordnungsgemäße Einhebung von ambulanten Sonderklassegebühren durch Krankenanstalten klären. (TZ 16)

- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und die Österreichische Gesundheitskasse sollten auf eine Verbesserung der Datenlage im extramuralen Bereich hinwirken. Dafür wären insbesondere Daten zur Beurteilung der Versorgungswirksamkeit des Wahlarztbereichs und der zeitlichen Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Leistungen zweckmäßig. (TZ 19)

- Die Österreichische Gesundheitskasse sollte zeitnah auf ein Einvernehmen mit der Ärztekammer für Kärnten über einen regionalen Primärversorgungs–Gesamtvertrag in Kärnten hinwirken. (TZ 22)

- Vom Land Kärnten und der Österreichischen Gesundheitskasse wären Lösungen für eine flächendeckende und effizientere Gestaltung der Hausärztlichen Bereitschaftsdienste zu erarbeiten. Dies auch im Lichte rückläufiger Inanspruchnahme, unbesetzter Dienste und des Auslaufens des COVID–Visitendienstes. Dabei wären Synergien mit der Gesundheitsberatung 1450 zu berücksichtigen und die Wirkung auf die Spitalsambulanzen zu erheben bzw. ihre allfällige Entlastung zu prüfen. (TZ 25)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

Ambulante Versorgung in Kärnten	
überprüfte Krankenanstalten	• Klinikum Klagenfurt am Wörthersee • Landeskrankenhaus Villach
Rechtsträger der Krankenanstalten	Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 10 Abs. 1 Z 12 bzw. Art. 12 Abs. 1 Z 1 Bundes–Verfassungsgesetz, BGBl. 1/1930 i.d.g.F. (Gesundheitswesen bzw. Heil– und Pflegeanstalten)
bundes– und landesgesetzliche Rechtsgrundlagen	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. 1/1957 i.d.g.F. Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 (K–KAO), LGBl. 26/1999 i.d.g.F.

	Klinikum Klagenfurt am Wörthersee			Landeskrankenhaus Villach			Kärntner Fondskrankenanstalten gesamt		
	2017	2021	Veränderung 2017 bis 2021	2017	2021	Veränderung 2017 bis 2021	2017	2021	Veränderung 2017 bis 2021
ambulanter Bereich									
	Anzahl		in %	Anzahl		in %	Anzahl		in %
Kontakte	827.646	787.496	-5	287.587	304.632	6	1.473.199	1.543.664	5
Besuche[1]	523.564	499.351	-5	185.943	180.247	-3	946.831	905.538	-4
Patientinnen und Patienten	153.955	146.314	-5	61.737	70.186	14	251.581	244.984	-3
	in Mio. EUR		in %	in Mio. EUR		in %	in Mio. EUR		in %
Kosten	97,00	120,57	24	31,50	38,82	23	170,40	215,30	26
stationärer Bereich									
	Anzahl		in %	Anzahl		in %	Anzahl		in %
tatsächliche Betten	1.169	1.123	-4	623	587	-6	2.973	2.775	-7
Aufenthalte	56.100	53.736	-4	31.760	27.623	-13	142.966	127.019	-11
davon Nulltagesaufenthalte[2]	*9.130*	*10.761*	18	*2.865*	*2.582*	-10	*16.620*	*18.886*	14
	in Mio. EUR		in %	in Mio. EUR		in %	in Mio. EUR		in %
Kosten	300,63	341,18	13	131,24	151,67	16	642,86	729,36	13

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: DIAG; KABEG

[1] Summe aller ambulanten Kontakte einer Patientin oder eines Patienten pro Kalendertag unabhängig von der Anzahl der aufgesuchten Funktionseinheiten in der Krankenanstalt

[2] stationäre Aufnahme und Entlassung am selben Tag

Prüfungsablauf und –gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte von Juni 2022 bis Jänner 2023 die (spitals–)ambulante Versorgung in Kärnten. Überprüfte Stellen waren das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**[2]), die Österreichische Gesundheitskasse (**ÖGK**), das Land Kärnten, der Kärntner Gesundheitsfonds (in der Folge: **Gesundheitsfonds**) und die Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG (**KABEG**) mit zwei Krankenanstalten (Klinikum Klagenfurt am Wörthersee (in der Folge: **Klinikum Klagenfurt**) und Landeskrankenhaus (**LKH**) Villach). Darüber hinaus führte der RH u.a. Erhebungen bei der Ärztekammer für Kärnten durch.

(2) Prüfungsziele waren

- die Analyse des ambulanten Abrechnungsmodells (LKF–ambulant) und seiner Weiterentwicklung, insbesondere der Abrechnung bisher tagesklinisch erbrachter Leistungen als Ambulanzleistungen, sowie der Diagnosendokumentation,
- die Analyse des Leistungsangebots sowie der Erfassung und Abrechnung spitalsambulanter Leistungen in ausgewählten Versorgungsbereichen im Klinikum Klagenfurt und im LKH Villach und
- die Analyse von Maßnahmen mit potenziell spitalsentlastender Wirkung (insbesondere Primärversorgungseinheiten) in Kärnten[3].

Zur Versorgung und Planung im niedergelassenen Bereich und zu Fragen etwa der Festlegung von Versorgungsaufträgen verwies der RH insbesondere auf seinen Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30).

(3) Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2017 bis 2021. Bei Bedarf ging der RH auch auf frühere bzw. spätere Entwicklungen ein.

(4) Zu dem im Juli 2023 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die ÖGK im September 2023, das Gesundheitsministerium, das Land Kärnten, der Gesundheitsfonds und die KABEG im Oktober 2023 Stellung. Die KABEG bezog sich in ihrer Stellungnahme auch auf einzelne Aspekte der Kurzfassung; der RH fasste diese Ausführungen zur leichteren Lesbarkeit und besseren Übersichtlichkeit in der jeweiligen sachlich angesprochenen TZ zusammen.

[2] Der RH verwendet die Bezeichnung Gesundheitsministerium auch für die vor dem 29. Jänner 2020 für Gesundheit zuständigen Ressorts. Die Bezeichnungen für das mit den Angelegenheiten der Gesundheit betraute Ministerium lauteten im Zeitablauf wie folgt: von 1. Februar 2009 bis 30. Juni 2016: Bundesministerium für Gesundheit; von 1. Juli 2016 bis 7. Jänner 2018: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; von 8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; seit 29. Jänner 2020: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

[3] Eine vollständige Analyse aller spitalsambulanten Leistungen war ebenso wenig Prüfungsziel wie ein Kostenvergleich zwischen spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich oder eine Prüfung der Aufbau– und Ablauforganisation der Ambulanzen in den überprüften Krankenanstalten.

Der RH erstattete seine Gegenäußerungen an das Gesundheitsministerium, den Gesundheitsfonds, die ÖGK und die KABEG im Dezember 2023. Gegenüber dem Land Kärnten gab er keine Gegenäußerung ab.

LKF–ambulant und ambulante Dokumentation

Grundlagen und Zielsteuerung–Gesundheit

2 (1) Die Aufgaben der Ambulanzen öffentlicher Krankenanstalten sind in § 26 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)[4] geregelt. Demnach müssen die Krankenanstalten Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, insbesondere dann ambulant untersuchen oder behandeln, wenn dies notwendig ist

- zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe (in der Folge: **Erstversorgung**),
- zur Behandlung nach der Erstversorgung oder nach einer Pflege in der Krankenanstalt,
- zur Anwendung von Untersuchungs– und Behandlungsmethoden mit Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort der Patientin bzw. des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen.

(2) Eine bundeseinheitliche Dokumentation spitalsambulanter Leistungen existierte zunächst nicht. Für die Finanzierung der spitalsambulanten Leistungen waren in den Budgets mehrerer Landesgesundheitsfonds – teilweise nach historischen Verteilungsschlüsseln – Pauschalbeträge vorgesehen (gedeckelte Fondsmittel).

(3) Im Jahr 2013 einigten sich Bund, Länder und Sozialversicherung im Zuge der Gesundheitsreform 2013 auf den (ersten) Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2013–2016. Die operativen Ziele sahen u.a. eine Reduktion der durch Fehlanreize bewirkten, medizinisch nicht indizierten Nulltagesaufenthalte vor, die Maßnahmen u.a. eine Zuordnung der Tagesklinik zum ambulanten Bereich (TZ 5, TZ 15).

Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 legte u.a. das operative Ziel „Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich“ fest (TZ 26). Als Maßnahme war u.a. die „organisatorische und rechtliche Vorbereitung der sektorenübergreifenden codierten Diagnosendokumentation im gesamten ambulanten Bereich“ vorgesehen (TZ 4).

[4] BGBl. 1/1957 i.d.g.F.

Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 wurde für zwei Jahre fortgeschrieben (Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2022–2023).

(4) Auf Grundlage des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung–Gesundheit[5] waren Strukturpläne auf Bundes– und Landesebene zu beschließen. Sie sollten eine Planung der gesamten österreichischen Gesundheitsversorgung einschließlich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sicherstellen (integrierte Planung). Ein Ziel war die Stärkung des ambulanten Bereichs durch eine rasche Entwicklung u.a. von Primärversorgungsstrukturen (TZ 20). Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) 2017 stellte den verbindlichen Rahmenplan auf Bundesebene dar. Auf dieser Grundlage hatten die Länder in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (**RSG**) die Gesundheitsstruktur und das Leistungsangebot konkret zu planen. Im überprüften Zeitraum bestanden in Kärnten der RSG Kärnten 2020[6] (beschlossen 2015, Planungshorizont bis 2020) und der RSG Kärnten 2025 (beschlossen 2019, Planungshorizont bis 2025).

Leistungsdokumentation

3.1 (1) (a) Im stationären Bereich hatten die Krankenanstalten medizinische Leistungen auf Grundlage eines vom Gesundheitsministerium herausgegebenen Leistungskatalogs schon seit Jänner 1997[7] zu erfassen. Zwecke einer umfassenden Dokumentation waren etwa die Steuerung der Gesundheitsversorgung oder die Erarbeitung eines flächendeckenden sektorenübergreifenden Qualitätssystems. In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (in der Folge: **Reformvereinbarung**) 2005[8] verpflichteten sich Bund und Länder zu einer bundeseinheitlichen Dokumentation von Diagnosen und Leistungen auch im spitalsambulanten Bereich ab Jänner 2007.

In der Reformvereinbarung 2008[9] war vorgesehen, eine zum akutstationären Bereich kompatible Leistungs– und Diagnosendokumentation im gesamten ambulanten Bereich sicherzustellen. Dabei war zeitlich prioritär die Leistungsdokumentation vorzubereiten. Möglichst ab 2009 sollten vergleichbare Datengrundlagen über den gesamten ambulanten Bereich gewährleistet sein.

[5] BGBl. I 26/2017 i.d.g.F.

[6] basierend auf dem ÖSG 2012

[7] Die Rechtsgrundlagen für die Diagnosen– und Leistungsdokumentation waren das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. 745/1996 i.d.g.F., sowie die entsprechenden Verordnungen.

[8] BGBl. I 73/2005

[9] BGBl. I 105/2008

Seit 2013 existierte ein Katalog ambulanter Leistungen (in der Folge: **Leistungskatalog**), dessen Positionen ab Jänner 2014 bundesweit einheitlich verpflichtend zu erfassen waren. Der Leistungskatalog sollte insbesondere eine vergleichbare Datengrundlage schaffen und als Basis für die Beobachtung von Leistungsentwicklungen bzw. Planungen im Gesundheitswesen sowie als Grundlage für die Entwicklung von Finanzierungsmodellen im ambulanten Bereich dienen. Krankenanstalten, die eigene Hausleistungskataloge verwendeten, führten diese auf den bundesweiten Leistungskatalog über (Mapping[10]).

(b) Im niedergelassenen Bereich hatte der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Hauptverband**)[11] die auf Grundlage der unterschiedlichen Honorarordnungen der Krankenkassen (insbesondere zum Zwecke der Leistungsverrechnung) dokumentierten medizinischen Leistungen auf den Leistungskatalog überzuleiten.[12] Gemäß Reformvereinbarung 2017[13] hatte die Sozialversicherung die Leistungsdokumentation im extramuralen Bereich sicherzustellen und weiterzuentwickeln.

(2) Trotz Vorliegens des Leistungskatalogs war ein umfassender Vergleich zwischen im spitalsambulanten Bereich erbrachten Leistungen und jenen im niedergelassenen Bereich nicht möglich. Im niedergelassenen Bereich wurden zuerst die Honorarpositionen der einzelnen Krankenversicherungsträger auf die sogenannte Meta–Honorarordnung gemappt und danach den Leistungen des Leistungskatalogs zugeordnet. Aufgrund regelmäßiger Anpassungen des Mappings waren Einzelleistungen über einen längeren Zeitraum nicht vergleichbar. Auch erfolgte die Honorierung im niedergelassenen Bereich in vielen Fällen pauschaliert z.B. nach (kleinen oder großen) Ordinationen und nur teilweise nach Einzelleistungen (z.B. Entnahme von Untersuchungsmaterial, Spiegelungen). Eine Vergleichbarkeit der Vergütung („gleiches Geld für gleiche Leistung“) zwischen spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich war somit nur eingeschränkt gegeben.

3.2 Der RH hielt fest, dass ab 2014 Leistungen im ambulanten Bereich bundesweit einheitlich verpflichtend anhand eines Leistungskatalogs zu erfassen waren. Da die Leistungsdokumentation im niedergelassenen Bereich anhand von – nach Krankenversicherungsträger unterschiedlichen – Honorarpositionen erfolgte und nur teilweise Einzelleistungen codiert wurden, war trotz Vorliegens eines bundesweit einheitlichen Leistungskatalogs auch für ambulante Leistungen ein umfassender sektorenübergreifender Vergleich nicht möglich. Der RH hielt eine Vergleichbarkeit von Leistungen zwischen dem spitalsambulanten und dem niedergelassenen Bereich

[10] Durch Mapping werden Daten bzw. Felder aus verschiedenen Datenbanken oder –systemen verknüpft.

[11] Mit 1. Jänner 2020 übernahm der Dachverband der Sozialversicherungsträger die Rechtsnachfolge des Hauptverbands.

[12] § 6c Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen

[13] BGBl. I 98/2017 i.d.g.F.

und innerhalb des niedergelassenen Bereichs u.a. für eine optimale Planung und Steuerung von Versorgungsstrukturen für unverzichtbar und verwies auf die Reformvereinbarung 2008, gemäß der bereits ab 2009 vergleichbare Datengrundlagen über den gesamten ambulanten Bereich sichergestellt sein sollten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Leistungsdokumentation im niedergelassenen Bereich – möglichst kompatibel mit dem spitalsambulanten Bereich – voranzutreiben und in der Folge für die Planung, Steuerung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und –angebote zu verwenden.

3.3 (1) Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass Gespräche zwischen Sozialversicherung und Österreichischer Ärztekammer über einen einheitlichen Leistungskatalog stattfänden. Die Gesundheit Österreich GmbH (**GÖG**) und das Gesundheitsministerium würden darauf hinweisen, dass dieser einheitliche Leistungskatalog jedenfalls mit dem Leistungskatalog des Gesundheitsministeriums so kompatibel sein müsse, um ein eindeutiges Mapping zu ermöglichen.

(2) Die ÖGK begrüßte in ihrer Stellungnahme die Vergleichbarkeit zwischen niedergelassenem und spitalsambulantem Bereich. Für die ÖGK sei jedoch unklar, wie diese Vergleichbarkeit hergestellt werden solle und was die Empfehlung des RH bedeute, dass das Gesundheitsministerium die Leistungsdokumentation im niedergelassenen Bereich vorantreiben solle. Die Leistungsdokumentation im niedergelassenen Bereich entspreche den Abrechnungsdaten. Darüber hinaus dürften nur die jeweiligen Leistungen abgerechnet werden, die in den Honorarkatalogen enthalten seien. Daher liege die Leistungsdokumentation im niedergelassenen Bereich nicht in der Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums.

3.4 Der RH stimmte der ÖGK zu, dass die Leistungsdokumentation im niedergelassenen Bereich den Abrechnungsdaten entsprach und verwies dazu auf seine Ausführungen u.a. über die unterschiedlichen Honorarpositionen. Für den Leistungskatalog, dem diese Honorarpositionen auch mit dem Ziel einer sektorenübergreifenden Vergleichbarkeit zugeordnet wurden, war hingegen das Gesundheitsministerium verantwortlich, ebenso für die Verwendung der gewonnenen Daten zur Planung, Steuerung und Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung an das Gesundheitsministerium.

Diagnosendokumentation

4.1 (1) Krankenanstalten erfassten bundesweit seit mehr als 30 Jahren Diagnosen im stationären Bereich. Im niedergelassenen Bereich sollten Leistungserbringer gemäß Reformvereinbarung 2005 ab 2007 den Sozialversicherungsträgern neben den Leistungen auch die Diagnosen nach ICD–10[14] melden.

Auch laut Reformvereinbarung 2017 sollte eine – zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible – Diagnosendokumentation im gesamten ambulanten Versorgungsbereich (spitalsambulant und extramural) sichergestellt werden; dies als Voraussetzung für die Planung, Realisierung und Erfolgskontrolle des Konzepts der integrierten Gesundheitsversorgung. Die Diagnosen sollten auch im ambulanten Bereich nach dem Diagnoseschlüssel ICD–10 bzw. in der Primärversorgung alternativ auch nach ICPC–2[15] – eine Überleitung auf ICD–10 war möglich – dokumentiert werden.

(2) Epidemiologische Betrachtungen und statistische Analysen über die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und die Häufigkeit bestimmter Krankheiten setzten eine einheitliche Dokumentation voraus. Sie bildete die Grundlage für die Bedarfsplanung von Versorgungsangeboten – z.B.: Welche Diagnosespektren gibt es bei welchen Leistungserbringern? – und ermöglichte im Hinblick auf die Qualitätssicherung eine Plausibilisierung von Leistungsdaten. Waren etwa die erbrachten Leistungen in Pauschalen enthalten, bildeten Leistungsdaten allein die Behandlung nicht umfassend ab.

(3) Der RH hatte schon ab 2008 in seinen Berichten[16] mehrfach die fehlende Diagnosendokumentation im niedergelassenen Bereich kritisiert und eine verpflichtende standardisierte Diagnosendokumentation empfohlen. Das Gesundheitsministerium verwies in Stellungnahmen u.a. auf die mangelnde Bereitschaft der Leistungserbringer; es setze sich jedoch für eine Umsetzung der Diagnosendokumentation im niedergelassenen Bereich in absehbarer Zeit ein.

---

14 von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

15 Die International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC–2) war speziell auf die Dokumentation in den Bereichen Allgemeinmedizin und Primärversorgung abgestimmt.

16 „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“ (Reihe Bund 2008/2, TZ 6), „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3, TZ 7), „Erstversorgung im Salzkammergut–Klinikum Vöcklabruck, im Klinikum Wels–Grieskirchen sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried“ (Reihe Bund 2016/12, TZ 15), „Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung“ (Reihe Bund 2019/8, TZ 6), „Diabetes–Prävention und –Versorgung“ (Reihe Bund 2019/43, TZ 3), „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30, TZ 10) und „Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID–19–Pandemie“ (Reihe Bund 2021/43, TZ 35) sowie RH–Themenpapier „COVID–19. Handlungsempfehlungen aus der Pandemie“ (Rechnungshof.Mehr. Wert 2023)

(4) Auf Beschluss der Bundesgesundheitskommission[17] 2015 durchgeführte Pilotprojekte, an denen neben allen Kärntner Fondskrankenanstalten und weiteren österreichischen Krankenanstalten auch zehn Ärztinnen und Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich teilgenommen hatten, zeigten den Nutzen und die Realisierbarkeit der Diagnosendokumentation auch bei ambulanten Kontakten (bei denen teilweise keine abschließenden Diagnosen gestellt werden können). Dennoch war bis Ende 2022 eine Diagnosendokumentation im niedergelassenen Bereich mit Ausnahme der Primärversorgungseinheiten (**PVE**) (TZ 23) nicht verwirklicht.

(5) Im spitalsambulanten Bereich waren nach Einführung von LKF–ambulant (TZ 5) nur in folgenden Bereichen bundesweit verpflichtend Diagnosen zu codieren:

- bei allen vormals auch im stationären Bereich erbrachten Leistungen, wie etwa Dialysen, Chemo– und Strahlentherapien oder Leistungen aus dem Tagesklinik–Katalog (in der Folge: **Tagesklinik–Leistungen**),
- zusätzlich für spezielle Leistungen wie etwa Behandlungen von seltenen Erkrankungen.

In Kärnten erfassten die Krankenanstalten Diagnosen – nach Angaben des Gesundheitsfonds – seit Einführung des LKF–Systems im Jahr 1997[18] nahezu vollumfänglich auch im spitalsambulanten Bereich. Ab 2017 hatten sie mit der Einführung des LKF–ambulant verpflichtend eine Diagnose pro ambulantem Besuch an den Gesundheitsfonds zu übermitteln. Häufig erfassten sie sowohl bei der Aufnahme angegebene Verdachts– und Symptomdiagnosen (z.B. bellender Husten – R05) als auch nach der Behandlung bestätigte Diagnosen (z.B. COVID–19 Virus nachgewiesen – U07.1).

4.2 Der RH kritisierte, dass weiterhin eine standardisierte Diagnosendokumentation bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich – mit Ausnahme der PVE – fehlte. Er hielt weiters kritisch fest, dass auch die Krankenanstalten bei ambulanten Kontakten nur in speziellen Bereichen verpflichtet waren, Diagnosen zu codieren. Dies, obwohl die Reformvereinbarung 2017 ein ausdrückliches Bekenntnis zur Diagnosendokumentation im spitalsambulanten und extramuralen Bereich enthielt und gemäß Reformvereinbarung 2005 die Leistungserbringer im niedergelassenen Bereich den Sozialversicherungsträgern bereits seit 2007 Diagnosen gemäß ICD–10 melden sollten. Der RH hob positiv hervor, dass die Kärntner Krankenanstalten im gesamten ambulanten Bereich Diagnosen nach ICD–10 codierten.

[17] Die Bundesgesundheitskommission war ein Organ der Bundesgesundheitsagentur. Sie legte u.a. die laufende Wartung und Aktualisierung sowie Weiterentwicklung des LKF–Modells fest (§ 21 Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz i.d.F. BGBl. I 81/2013).

[18] Beim LKF–System handelt es sich um ein Fallpauschalen–System, das in Abhängigkeit von z.B. Leistungen, Diagnosen oder Aufenthaltsdauer je Krankenhausaufenthalt bundesweit einheitlich Verrechnungspunkte festlegt. Es stellt im Unterschied zu einer Finanzierung z.B. nach Pflegetagen auf die bei einer Patientin oder einem Patienten erbrachten medizinischen Leistungen oder dokumentierten Diagnosen ab.

Der RH wies darauf hin, dass gemäß Reformvereinbarung 2017 die Diagnosendokumentation im Primärversorgungsbereich auch mit dem Diagnoseschlüssel ICPC–2 erfolgen konnte, während die Krankenanstalten einheitlich nach ICD–10 codierten. Für sektorenübergreifende Analysen war daher eine Überleitung auf ICD–10 erforderlich.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium erneut, eine verpflichtende standardisierte Diagnosendokumentation im niedergelassenen Bereich vorzusehen. Dabei wären die Vor– und Nachteile zweier unterschiedlicher Klassifikationssysteme (ICD–10 und ICPC–2) umfassend zu analysieren und gegebenenfalls ein einheitliches System vorzusehen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die verpflichtende Diagnosendokumentation im spitalsambulanten Bereich auf alle Diagnosen auszuweiten.

4.3 (1) Das Gesundheitsministerium wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass sich ICPC–2 nur für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eigne. In allen anderen Bereichen könne nur ICD–10 verwendet werden. Wegen der eingeschränkten Überleitbarkeit von ICPC–2 auf ICD–10 sei eine einheitliche Codierung nach ICD–10 in allen Bereichen vorteilhafter.

Im Entwurf der künftigen Reformvereinbarung sei die Implementierung einer flächendeckenden verpflichtenden Diagnosendokumentation in codierter Form im gesamten ambulanten Bereich auf Basis von ICD, jeweils in der vom Gesundheitsministerium herausgegebenen Fassung, vorgesehen.

(2) Laut Stellungnahme der ÖGK habe das Gesundheitsministerium im Rahmen der zur Zeit der Stellungnahme laufenden Verhandlungen zum Finanzausgleich bereits einen Gesetzesentwurf für eine Diagnosendokumentation nach ICD erarbeitet. Die Codierung nach ICPC–2 solle weiterhin möglich sein, sofern diese auf ICD übergeleitet werde. Falls die geplanten Gesetze in Kraft träten, sei davon auszugehen, dass mittelfristig nur noch nach ICD codiert werde.

LKF–ambulant

5.1 (1) Um die Versorgungsstrukturen nachhaltig an den medizinischen Fortschritt anzupassen und den stationären Bereich etwa durch die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger kurzer Aufenthalte zu entlasten, waren geeignete Abrechnungsmöglichkeiten für den spitalsambulanten Bereich zu schaffen. Vergleichbare medizinische Leistungen sollten auch bei ambulanter Erbringung in vergleichbarer Art und Höhe abrechenbar sein. Im Juli 2016 beschloss die Bundesgesundheitskommission ein bundeseinheitliches Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich (LKF–ambulant), das ab 1. Jänner 2019 verpflichtend anzuwenden war; einige Länder führten es bereits (teilweise) in den Jahren 2017 und 2018 ein. Der Schwerpunkt des Modells lag auf der Bepunktung jener Fälle, bei denen es in Krankenanstalten häufig zu medizinisch nicht erforderlichen stationären Aufnahmen kam.

Das Bepunktungsmodell bestand aus einem Mischsystem aus Pauschalen für Leistungen bzw. Leistungsgruppen und Pauschalen für Kontakte, die zu einem ambulanten Besuch zusammengefasst wurden. Eine Strukturkomponente ermöglichte die Berücksichtigung von Vorhaltekapazitäten und Versorgungsaufträgen (TZ 6).

(2) Ab 2017 war es möglich, insbesondere onkologische Pharmakotherapien (in der Folge: **Chemotherapien**), (kinder– und jugend–)psychiatrische, psychosomatische und akutgeriatrische Tagesbehandlungen (in der Folge: **Tagesbehandlungen**) sowie Tagesklinik–Leistungen ambulant abzurechnen. Allerdings gab es bei den Tagesklinik–Leistungen damals keinen Anreiz zur ambulanten Erbringung, weil die Krankenanstalten für einen stationären Nulltagesaufenthalt teilweise deutlich mehr Punkte erzielten. Erst ab dem LKF–Modell 2020 konnten sie diese Leistungen im ambulanten und stationären Bereich mit denselben LKF–Punkten abrechnen.

Tagesbehandlungen (früher: halbstationärer Bereich) waren ab 2019 bei gleicher Versorgung und in gleicher Punktehöhe nur mehr ambulant abzurechnen; Kärnten rechnete sie ebenso wie die Chemotherapien bereits ab 2017 ambulant ab. Laut KABEG wirkte sich die Zuordnung zum ambulanten Abrechnungsmodell kaum auf den Behandlungsprozess aus, sondern allenfalls auf (internationale) Statistiken über die Krankenhaushäufigkeit.

(3) Chemotherapien waren der einzige Bereich, in dem Arzneimittel gesondert bepunktet und vergütet wurden. Die LKF–Punkte sollten ungefähr den Arzneimittelkosten entsprechen. Für einzelne sehr teure Arzneimittel für seltene Erkrankungen – etwa Gentherapien – gab es überregionale Finanzierungsmodelle außerhalb des LKF–Systems.

Nach Meinung der GÖG[19] war eine zeitnahe Aufnahme neuer Wirkstoffe in den Leistungskatalog wichtig, um innovative Therapien in der Krebsbehandlung rasch bereitstellen zu können. Für die Patientensicherheit und aus volkswirtschaftlichen Gründen sollten Arzneimittel aus dem Leistungskatalog wieder entfernt werden, wenn keine Zulassung mehr vorlag. Die von der GÖG untersuchten Arzneimittel wurden im Schnitt 18 Monate nach Zulassung durch die Europäische Arzneimittel–Agentur in den Leistungskatalog aufgenommen. Bei Anwendung eines noch nicht in den Leistungskatalog aufgenommenen Arzneimittels erzielten die Krankenanstalten nur wenige LKF–Punkte.

Aufgrund der stark steigenden Zahl an teuren Wirkstoffen in den letzten Jahren und der dadurch verursachten Kostensteigerung (TZ 14) regte die GÖG an, gegebenenfalls die Bewertung dieser Wirkstoffe vor der Aufnahme in den Leistungskatalog zu überlegen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass manche Zulassungen teilweise zeitnah (z.B. wegen Nebenwirkungen) wieder zurückgenommen würden. Die GÖG hielt daher ein jährliches Monitoring des Zulassungsstatus dieser Arzneimittel für empfehlenswert. Auch kamen zunehmend – billigere – Biosimilars („Nachahmerprodukte“ nach Patentablauf) auf den Markt, wodurch eine zeitnahe Anpassung der Bepunktung erforderlich sein könnte. Der RH verwies dazu auf seine Berichte zur Arzneimittelbeschaffung in Krankenanstalten,[20] in denen er eine Bewertungsinstanz für kostenintensive Arzneimittel empfohlen hatte.

(4) Das Gesundheitsministerium plante im Sinne einer stärkeren Durchlässigkeit, die Abrechnung im stationären und spitalsambulanten Bereich weiter zu harmonisieren.

5.2 Der RH hielt fest, dass die Einführung des LKF–ambulant das Ziel hatte, Anreize zur ambulanten Erbringung von Leistungen zu setzen, indem die Krankenanstalten etwa ambulante Chemotherapien oder Tagesklinik–Leistungen in gleicher Punktehöhe wie im stationären Bereich abrechnen konnten. Der Schwerpunkt des LKF–ambulant lag auf der Bepunktung jener Fälle, die früher häufig mit medizinisch nicht notwendigen stationären Aufenthalten verbunden waren.

Der RH verwies darauf, dass Chemotherapien der einzige Bereich waren, in dem Arzneimittel bepunktet und vergütet wurden. Bis zur Aufnahme neuer Wirkstoffe in den Leistungskatalog konnten die Krankenanstalten nur wenige LKF–Punkte für diese zumeist teuren Arzneimittel erzielen. Der RH hielt – auch im Sinne der Patientensicherheit – eine systematische Bewertung dieser Wirkstoffe vor Aufnahme in den Leistungskatalog und in der Folge ein regelmäßiges Monitoring für sinnvoll.

[19] *Mathis–Edenhofer/Eglau,* Verwendung innovativer onkologischer Pharmakotherapie in österreichischen Krankenanstalten, Gesundheit Österreich (2020) S. 15

[20] „Arzneimittelbeschaffung für ausgewählte Krankenanstalten in Salzburg und Tirol“ (Reihe Bund 2019/44, TZ 22) und „Arzneimittelbeschaffung für ausgewählte Krankenanstalten in Salzburg und Tirol; Follow–up–Überprüfung“ (Reihe Bund 2022/17, TZ 14)

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, bei der Weiterentwicklung des LKF–ambulant umfassend alle Fragen der Anwendung teurer Arzneimittel zu berücksichtigen.

Der RH hielt positiv fest, dass die Kärntner Krankenanstalten Chemotherapien und Tagesbehandlungen bereits seit 2017 ambulant abrechneten.

5.3 Das Gesundheitsministerium wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass im LKF eine Dokumentation für teure Arzneimittel bestehe, die eine Beobachtung ihrer Anwendung ermögliche. Diese Dokumentationsmöglichkeit könne sukzessive ausgebaut werden. Gleichzeitig mit der Leistungserfassung für die ausgewählten Arzneimittel sei eine verpflichtende Diagnosenerfassung nach ICD–10 sicherzustellen. In Symmetrie zur Dokumentation dieser pharmakologischen Therapien im Krankenanstaltenbereich solle künftig zur Erreichung eines vollständigen Bildes über das Leistungsgeschehen die Sozialversicherung entsprechende Informationen aus dem extramuralen Bereich zur Verfügung stellen.

Für die Abgeltung teurer Arzneimittel seien Finanzierungsinstrumente außerhalb von LKF verfügbar, z.B. Mittel für die Finanzierung von sektorenübergreifenden und/oder überregionalen Vorhaben. Zusätzliche Mittel sollten zweckgewidmet für die Etablierung und Verankerung eines umfassenden Horizon Scanning[21] für neue Arzneimittel und Medizinprodukte, eines sektorenübergreifenden Bewertungsverfahrens (HTA) sowie eines Bewertungsboards eingesetzt werden. Dies zur Entscheidung über einheitliche Abgabe, Erstattungsfähigkeit und Rahmenbedingungen für gemeinsame Preisverhandlungen und Einkauf durch die öffentlichen Zahler (Sozialversicherung, Länder).

Umsetzung des LKF–ambulant in Kärnten

6.1 (1) Kärntner Fondskrankenanstalten wurden überwiegend durch Beiträge von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungen im Wege des LKF–Systems über den Gesundheitsfonds finanziert. Soweit die LKF–Mittel nicht ausreichten, um die Aufwendungen des laufenden Betriebs abzudecken, stellte im Wesentlichen das Land Kärnten weitere Mittel über die Betriebsabgangsdeckung zur Verfügung.

Das in Kärnten schon 2017 flächendeckend etablierte Bepunktungsmodell LKF–ambulant sollte zu einer höheren Kosten– und Leistungstransparenz beitragen und die frühere Pauschalfinanzierung ersetzen. Neben dem österreichweit einheitlichen Bepunktungssystem war als weiterer Modellbestandteil des LKF–ambulant eine kontaktunabhängige Strukturkomponente vorgesehen, um Vorhaltekapazitäten und

[21] umfasst u.a. die Identifizierung neuer Arzneimittel, die vor der Zulassung stehen, sowie eine Abschätzung ihrer Auswirkungen auf die Patientenversorgung

Versorgungsaufträge adäquat berücksichtigen zu können und unerwünschte Anreize zur unverhältnismäßigen Auslastung der vorhandenen Strukturen (durch „Mengensteigerung“) zu reduzieren. Die Bezugsgröße für die Verteilung der Strukturkomponente konnten die Landesgesundheitsfonds festlegen.

Die Landesgesundheitsfonds hatten bei Einführung von LKF–ambulant zumindest das bisherige Mittelvolumen für den spitalsambulanten Bereich nach diesem Modell (LKF–Punkte plus Strukturkomponente) zu verteilen; mit den in den ambulanten Bereich verlagerten Behandlungsfällen waren auch die zugehörigen Mittel zu verschieben. Auf Bundesebene war festgelegt, dass auf Landesebene mindestens 50 % der ambulanten Mittel nach LKF–Punkten abzurechnen waren. Die verbleibenden Mittel (maximal 50 %) waren über die Strukturkomponente zu verteilen. Dabei durften maximal 50 % der Endkosten (TZ 14) im spitalsambulanten Bereich nach LKF–Punkten abgerechnet werden.

(2) Kärnten setzte LKF–ambulant auf Landesebene u.a. folgendermaßen um:[22]

- Die verfügbaren Mittel waren im Verhältnis der Endkosten der stationären und der ambulanten Kostenstellen des Vorjahres auf die beiden Bereiche aufzuteilen; Basis waren die Kostendaten der elf Fondskrankenanstalten.
- Für das Jahr 2017 war demnach eine Kostenaufteilung von 80,4 % für den stationären Bereich und 19,6 % für den ambulanten Bereich vorgesehen, wobei aufgrund der Leistungsverlagerungen Kostenverschiebungen in Höhe von rd. 17 Mio. EUR erwartet wurden; im Jahr 2021 betrug das Verhältnis 77,5 % (stationär) zu 22,5 % (ambulant).
- Die verfügbaren Mittel für den ambulanten Bereich waren zu je 50 % auf Basis von LKF–Punkten und als Strukturkomponente zu verteilen.
- Die Strukturkomponente war nach dem Verhältnis der Endkosten der ambulanten Kostenstellen des Vorjahres auf die Fondskrankenanstalten aufzuteilen.
- Zur Gewichtung der ambulanten Punkte war – wie im stationären Bereich – für das Klinikum Klagenfurt ein Faktor von 1,2 und für das LKH Villach von 1,1 festgelegt; dies zur Abgeltung des erhöhten Aufwands insbesondere aus der Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten mit teuren Therapien und der Vorhaltung von Spezialambulanzen.

(3) Für Chemotherapien und Tagesbehandlungen waren die LKF–Punkte im stationären und ambulanten LKF–Modell gleich hoch angesetzt; ambulant erbrachte Tagesklinik–Leistungen konnten die Krankenanstalten mit den Punkten aus dem stationären LKF–Modell abrechnen. Damit sollte laut Bepunktungsmodell eine „punkteneutrale Verschiebung in den ambulanten Bereich und Bewertung erleichtert werden“, was die Länder bei der Festlegung der Punktewerte in EUR oder der

[22] Durch Beschluss der Gesundheitsplattform vom Dezember 2016; bei der Gesundheitsplattform handelte es sich wie bei der Landes–Zielsteuerungskommission um ein Organ der Landesgesundheitsfonds.

Bemessung der Strukturkomponente zu berücksichtigen hatten. Die Länder sollten diese – ursprünglich für das stationäre LKF–Modell nach Vollkosten kalkulierten – Leistungen mit den gleichen Beträgen in EUR wie im stationären Bereich abrechnen. Laut Gesundheitsministerium ordneten einige Länder die LKF–Punkte für diese Leistungen auch bei ambulanter Erbringung den LKF–Punkten für stationäre Leistungen zu und gewährleisteten somit eine gleiche Abrechnung in EUR.

Der Punktewert in EUR hing vom zur Verfügung stehenden Finanzvolumen und von der Anzahl der abgerechneten LKF–Punkte ab. Während er im stationären Bereich im Jahr 2021 in den Kärntner Fondskrankenanstalten einheitlich bei 0,69 EUR lag, bewegte er sich im ambulanten Bereich – mit Ausnahme einer Sonderkrankenanstalt – zwischen 0,96 EUR und 2,60 EUR. Davon entfielen einheitlich 0,51 EUR auf den LKF–Punkte–Anteil (kontaktabhängig) und jeweils der Rest auf die Strukturkomponente. Im Klinikum Klagenfurt betrug der Punktewert im ambulanten Bereich 2021 0,97 EUR (davon Strukturkomponente 0,46 EUR), im LKH Villach 1,14 EUR (davon Strukturkomponente 0,63 EUR). Der Gesundheitsfonds gab dazu an, dass der Punktewert in EUR bei diesen Leistungen bei ambulanter Abrechnung aufgrund der Einbeziehung der Strukturkomponente zumeist höher sei als bei stationärer Abrechnung. Die höhere Punktedotierung sei ein Anreiz zur Leistungsverschiebung. Zudem lägen die ambulanten Kosten in der Praxis ohnehin über 1 EUR je LKF–Punkt.

Während Tagesklinik–Leistungen in Kärnten nur zu einem geringen Prozentsatz ambulant abgerechnet wurden (TZ 9), entfielen auf Chemotherapien und Tagesbehandlungen im Jahr 2021 über 40 % aller ambulanten LKF–Punkte. Insgesamt wurden im Jahr 2021 in allen Kärntner Fondskrankenanstalten 102,31 Mio. LKF–Punkte im ambulanten Bereich erzielt (Steigerung um 18 % von 2017 bis 2021).

(4) Die LKF–Mittel für den ambulanten Bereich stiegen von 77,31 Mio. EUR im Jahr 2016 auf 116,87 Mio. EUR im Jahr 2021. Der durchschnittliche Kostendeckungsgrad (Kennzahl für das Verhältnis der verteilten LKF–Mittel zu den Endkosten[23]) lag im ambulanten Bereich insgesamt bei 55 % und damit etwas niedriger als im stationären Bereich (56 %). Den höchsten Kostendeckungsgrad im ambulanten Bereich wies im Jahr 2021 – abgesehen von einer Sonderkrankenanstalt – das Klinikum Klagenfurt mit 59 % auf; im LKH Villach betrug er 50 %, in den anderen Krankenanstalten zwischen 34 % und 55 %.

Der Deckungsgrad der ambulanten Mittel auf Basis von LKF–Punkten (ohne Einbeziehung der Strukturkomponente) hingegen lag im Jahr 2021 im Klinikum Klagenfurt bei 31 %, im LKH Villach bei 23 % und in den anderen Fondskrankenanstalten – mit Ausnahme einer Sonderkrankenanstalt – zwischen 7 % und 29 %. Bei acht von elf Fondskrankenanstalten überwogen die Mittelanteile der Strukturkomponente.

[23] Darstellung der Kosten in Tabelle 3

6.2 Der RH hielt positiv fest, dass Kärnten das Modell LKF–ambulant bereits im Jahr 2017 und damit zwei Jahre vor der bundesweit verpflichtenden Anwendung umsetzte.

Er wies darauf hin, dass LKF–ambulant trotz des bundesweit einheitlichen Bepunktungssystems den Landesgesundheitsfonds einen Spielraum einräumte, indem diese bis zu 50 % des ambulanten Mittelvolumens über die Strukturkomponente verteilen konnten.[24] In Kärnten waren 50 % der spitalsambulanten Mittel für die Finanzierung nach LKF–Punkten (kontaktabhängig) vorgesehen, was dem auf Bundesebene festgelegten Mindestanteil entsprach.

Offen blieb für den RH, ob bei Leistungen, die im ambulanten und stationären Bereich in gleicher Höhe bepunktet waren (Chemotherapien, Tagesbehandlungen und Tagesklinik–Leistungen), der Punktewert in EUR im ambulanten Bereich aufgrund der Einbeziehung auch dieser Leistungen in die Strukturkomponente höher sein durfte als bei stationärer Erbringung. Auf Chemotherapien und Tagesbehandlungen entfielen im Jahr 2021 in Kärnten über 40 % aller ambulanten LKF–Punkte, während Tagesklinik–Leistungen nur zu einem geringen Anteil ambulant abgerechnet wurden.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Landesgesundheitsfonds die landesweiten Festlegungen für die Anwendung des LKF–ambulant zu analysieren und die daraus gewonnenen Erkenntnisse allenfalls für die Weiterentwicklung des LKF–Modells zu nutzen.

6.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums habe der Arbeitskreis für LKF und Dokumentation die verschiedenen Umsetzungsvarianten der Länder für LKF–ambulant besprochen. Zur Weiterentwicklung von LKF habe der Arbeitskreis vorgeschlagen, die LKF–Modelle stationär und ambulant anzugleichen und bei der Ermittlung der LKF–Punkte in beiden Bereichen einen gleichen Anteil für Struktur–/Vorhaltekosten zu berücksichtigen. Dies ermögliche einen gemeinsamen Abrechnungswert je LKF–Punkt stationär und ambulant. Die Abgeltung der Struktur–/Vorhaltekosten solle zukünftig bundeseinheitlichen Kriterien folgen. Die Abrechnungsregeln für die LKF–Modelle ab 2025 sollten bis Mai 2024 gemeinsam mit den Ländern definiert werden.

[24] Siehe dazu die Feststellungen im RH–Bericht „Landesgesundheitsfonds Kärnten und Vorarlberg“ (Reihe Kärnten 2017/2, Reihe Vorarlberg 2017/1, TZ 17) zur unterschiedlichen LKF–Abrechnung im stationären Bereich und zur weitreichenden Gestaltungsfreiheit der Länder, die die Entwicklung eines bundesweit einheitlichen Vergütungssystems beeinträchtigte.

Auch der Entwurf der künftigen Reformvereinbarung sehe für die Ausgestaltung des gesamten LKF–Modells (stationär und ambulant) vor, leistungsmengenunabhängige Vorhaltekosten zu berücksichtigen. Die Bepunktungsregelungen, der Vorhaltekostenanteil sowie die Kriterien zur Abgeltung des Vorhaltekostenanteils (LKF–Kernbereich) seien bundesweit einheitlich festzusetzen, mit dem LKF–Modell zu beschließen und in regelmäßigen Abständen zu evaluieren.

(2) Die KABEG ergänzte in ihrer Stellungnahme, dass die Betriebsabgangsdeckung der KABEG zu 70 % vom Land Kärnten und zu 30 % von den Kärntner Gemeinden getragen werde. Investitionen der KABEG würden im Wesentlichen im Rahmen einer Investitionsfinanzierungsvereinbarung mit dem Land Kärnten und durch Zuschüsse des Gesundheitsfonds finanziert.

Ambulante Versorgung in Krankenanstalten

Überblick

7.1 (1) Neben den Notfallambulanzen, in denen Akutpatientinnen und Akutpatienten rund um die Uhr Erste ärztliche Hilfe erhalten, und den allgemeinen Ambulanzen der Fachabteilungen bestehen an Krankenanstalten oft mehrere Spezialambulanzen für bestimmte medizinische Probleme (z.B. Rheuma–Ambulanz). Diese behandeln zumeist nur nach vorheriger Terminvereinbarung und mit ärztlicher Zuweisung (Terminambulanzen).

Die KABEG führte für das Jahr 2022 beim Klinikum Klagenfurt 75 Ambulanzen an, beim LKH Villach 74. In dieser Zahl waren sowohl rund um die Uhr geöffnete Ambulanzen enthalten als auch „Sprechstunden“ von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten, die nur wenige Stunden pro Woche verfügbar waren.

(2) Die folgende Tabelle stellt ausgewählte Kennzahlen aus dem ambulanten und stationären Bereich in den überprüften Krankenanstalten und ihre Entwicklung dar. Ambulante Kontakte (in der Folge: **Kontakte**) waren als Kontakte von ambulanten Patientinnen und Patienten pro Funktionseinheit (Kostenstelle) definiert. Ein ambulanter Besuch (in der Folge: **Besuch**) fasste alle Kontakte einer Person pro Kalendertag zusammen, unabhängig von der Anzahl der besuchten Organisationseinheiten. Kontakte nicht anwesender Patientinnen oder Patienten gab es vor allem auf der Pathologie oder in der Labordiagnostik.

Tabelle 1: Ambulante und stationäre Kennzahlen

	Klinikum Klagenfurt			Landeskrankenhaus Villach		
	2017	2021	Veränderung 2017 bis 2021	2017	2021	Veränderung 2017 bis 2021
	Anzahl		in %	Anzahl		in %
ambulanter Bereich						
Kontakte	827.646	787.496	-5	287.587	304.632	6
davon anwesend[1]	*605.993*	*560.140*	*-8*	*225.413*	*225.939*	*0*
Besuche	523.564	499.351	-5	185.943	180.247	-3
Besuche pro PatientIn	3,4	3,4	0	3,0	2,6	-15
LKF–Punkte	52.596.246	62.805.178	19	14.423.989	15.977.904	11
stationärer Bereich						
tatsächliche Betten	1.169	1.123	-4	623	587	-6
Aufenthalte	56.100	53.736	-4	31.760	27.623	-13
LKF–Punkte	261.187.544	259.658.772	-1	115.154.926	106.805.568	-7

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: DIAG; KABEG

LKF = Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

[1] Kontakte anwesender Patientinnen und Patienten

(3) Die LKF–Punkte im ambulanten Bereich stiegen im Klinikum Klagenfurt von 2017 bis 2021 um 19 %, im LKH Villach um 11 %. Dies, obwohl die Zahl aller Kontakte im Klinikum Klagenfurt von 2017 bis 2021 um 5 % sank. Die Kontakte von anwesenden Patientinnen und Patienten verringerten sich im Klinikum Klagenfurt um 8 %, im LKH Villach stiegen sie geringfügig um 0,2 %. Deutlich höher waren die Zahlen 2018 und 2019: fast 643.000 Kontakte anwesender Personen 2019 im Klinikum Klagenfurt oder rd. 277.000 im LKH Villach im Jahr 2018. Im Klinikum Klagenfurt besuchte eine Patientin bzw. ein Patient eine Ambulanz im Jahr 2021 durchschnittlich 3,4 Mal, im LKH Villach 2,6 Mal. Ein Kontakt im Klinikum Klagenfurt löste 2021 im Durchschnitt 80 LKF–Punkte aus, im LKH Villach hingegen 52 LKF–Punkte.

Österreichweit stieg die Zahl der Kontakte im Zeitraum 2017 bis 2021 um 10 % auf über 23,27 Mio. Im Jahr 2019 betrug sie 24,18 Mio., im Jahr 2020 20,52 Mio. Der starke Rückgang von 2019 auf 2020 war zumindest teilweise auf die COVID–19–Pandemie zurückzuführen (deutliches Zurückfahren der „Regelversorgung“ etc.[25]).

Über 40 % aller Kontakte in den überprüften Krankenanstalten entfielen im Jahr 2021 auf Menschen ab 60 Jahren. Zumindest 95 % aller Kontakte in beiden Krankenanstalten entfielen auf Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Kärnten.

(4) Während die Zahl der stationären Aufenthalte im Klinikum Klagenfurt von 2017 bis 2021 um 4 % zurückging, betrug der Rückgang im LKH Villach 13 %, österreichweit 24 %.

Die im stationären Bereich erzielten LKF–Punkte sanken im Klinikum Klagenfurt um 0,6 %, im LKH Villach um 7 %. Im Jahr 2021 entfielen österreichweit 17 % aller erzielten LKF–Punkte auf den ambulanten Bereich, in Kärnten 16 %, jeweils mit steigender Tendenz seit 2017.

(5) Der RSG Kärnten 2025 wies für das Klinikum Klagenfurt 100 ambulante Betreuungsplätze aus, für das LKH Villach 32. Die – als Folge von LKF–ambulant eingeführte – Planungsgröße „ambulanter Betreuungsplatz“ im Sinne des ÖSG 2017 definierte einen Platz, auf dem in speziellen Bereichen (insbesondere solchen für die Verabreichung von Chemotherapien, für Tagesbehandlungen oder in der Zentralen Ambulanten Erstversorgung (**ZAE**) – TZ 10) eine mehrstündige Behandlung oder Überwachung stattfand. Die Anzahl der ambulanten Betreuungsplätze war eine Rechengröße und wurde pro Fachbereich auf Basis von definierten codierten Leistungen nach Parametern wie Betriebstagen pro Jahr, Belegung pro Tag oder geplanter Auslastung ermittelt. Um unplausible Angaben – etwa durch Fehlcodierungen (z.B. Leistung ZZ710, siehe TZ 9) – zu vermeiden, konnten ab 2022 in der Krankenanstaltenstatistik anstatt der errechneten ambulanten Betreuungsplätze die tatsächlich verfügbaren Plätze eingetragen werden.

7.2 Der RH hielt fest, dass im Klinikum Klagenfurt von 2017 bis 2021 sowohl im ambulanten Bereich Kontakte und Besuche als auch im stationären Bereich tatsächliche Betten und Aufenthalte sanken. Im LKH Villach hingegen stiegen die Kontakte anwesender Patientinnen bzw. Patienten geringfügig an, der Rückgang im stationären Bereich fiel stärker aus als im Klinikum Klagenfurt. Die Rückgänge waren zumindest teilweise pandemiebedingt; im Zeitraum 2017 bis 2019 war die Zahl der Kontakte gestiegen.

[25] siehe dazu etwa den RH–Bericht „Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID–19–Pandemie“ (Reihe Bund 2021/43, TZ 37 ff.)

Die Zahl der im ambulanten Bereich erzielten LKF–Punkte stieg trotz rückläufiger Kontakte auch im Klinikum Klagenfurt an. Im Jahr 2021 erzielten die Kärntner Fondskrankenanstalten 16 % aller LKF–Punkte im ambulanten Bereich.

Zur Entwicklung der Kosten in Kärntner Fondskrankenanstalten bei einer rückläufigen Anzahl von ambulanten Patientinnen bzw. Patienten und stationären Aufenthalten verwies der RH auf seine Ausführungen in TZ 14.

Bei den im RSG Kärnten 2025 erstmals ausgewiesenen ambulanten Betreuungsplätzen handelte es sich bis 2021 um rechnerische Planungsgrößen, die nicht mit den tatsächlich verfügbaren ambulanten Betreuungsplätzen übereinstimmen mussten. Der RH wertete positiv, dass es ab 2022 möglich war, in der Krankenanstaltenstatistik die tatsächlich verfügbaren ambulanten Betreuungsplätze auszuweisen.

Ausgewählte ambulante Fachbereiche und Leistungen

Ausgewählte Ambulanzen im Klinikum Klagenfurt und LKH Villach

8 Der RH überprüfte beispielhaft drei Fachbereiche, in denen die Krankenanstalten bestimmte Leistungen nun (auch) ambulant erbringen konnten oder mussten[26], z.B. Katarakt–Operationen, Chemotherapien oder Tagesbehandlungen. Die Besuche in den Ambulanzen dieser Fachbereiche entwickelten sich folgendermaßen:

Tabelle 2: Ambulante Besuche in ausgewählten Fachbereichen

	Klinikum Klagenfurt			Landeskrankenhaus Villach		
	2017	2021	Veränderung 2017 bis 2021	2017	2021	Veränderung 2017 bis 2021
	Anzahl		in %	Anzahl		in %
Erstversorgung[1]	38.240	36.206	-5	14.478	14.495	0
Augenheilkunde	42.891	45.510	6	–	–	–
Psychiatrie	12.988	8.765	-33	2.706	2.972	10
Innere Medizin[2]	57.444	61.757	8	31.149	31.947	3

[1] Zentrale Ambulante Erstversorgung im Klinikum Klagenfurt sowie allgemeine Ambulanz der Inneren Medizin und ab Juli 2021 Zentrale Ambulante Erstversorgung im Landeskrankenhaus Villach (TZ 11, TZ 12)

[2] im Landeskrankenhaus Villach ohne Besuche der allgemeinen Ambulanz, die der Erstversorgung zugerechnet wurden

Quelle: DIAG

[26] Eine Überprüfung der Abläufe sowie der Infrastruktur und Personalausstattung der Ambulanzen war nicht umfasst.

Die Reduktion der Besuche in der Psychiatrie im Klinikum Klagenfurt war insbesondere auf die temporäre Schließung oder auf einen eingeschränkten Betrieb bei Tagesbehandlungen aufgrund von COVID–19 zurückzuführen. Für den Anstieg der Besuche in der Augenheilkunde waren u.a. Leistungssteigerungen bei Diagnostik und Behandlung von Netzhauterkrankungen verantwortlich. In der Inneren Medizin stieg die Zahl der Besuche in einigen Spezialambulanzen – z.B. Kardiologie, Nephrologie, Gastroenterologie – stark an, ebenso in der Onkologie.

Im LKH Villach verfügte die Psychiatrie nicht über eine Tagesklinik, bei ambulanten psychiatrischen Erstuntersuchungen oder Beratungsgesprächen gab es starke Steigerungen.

Ausgewählte ambulante Leistungen

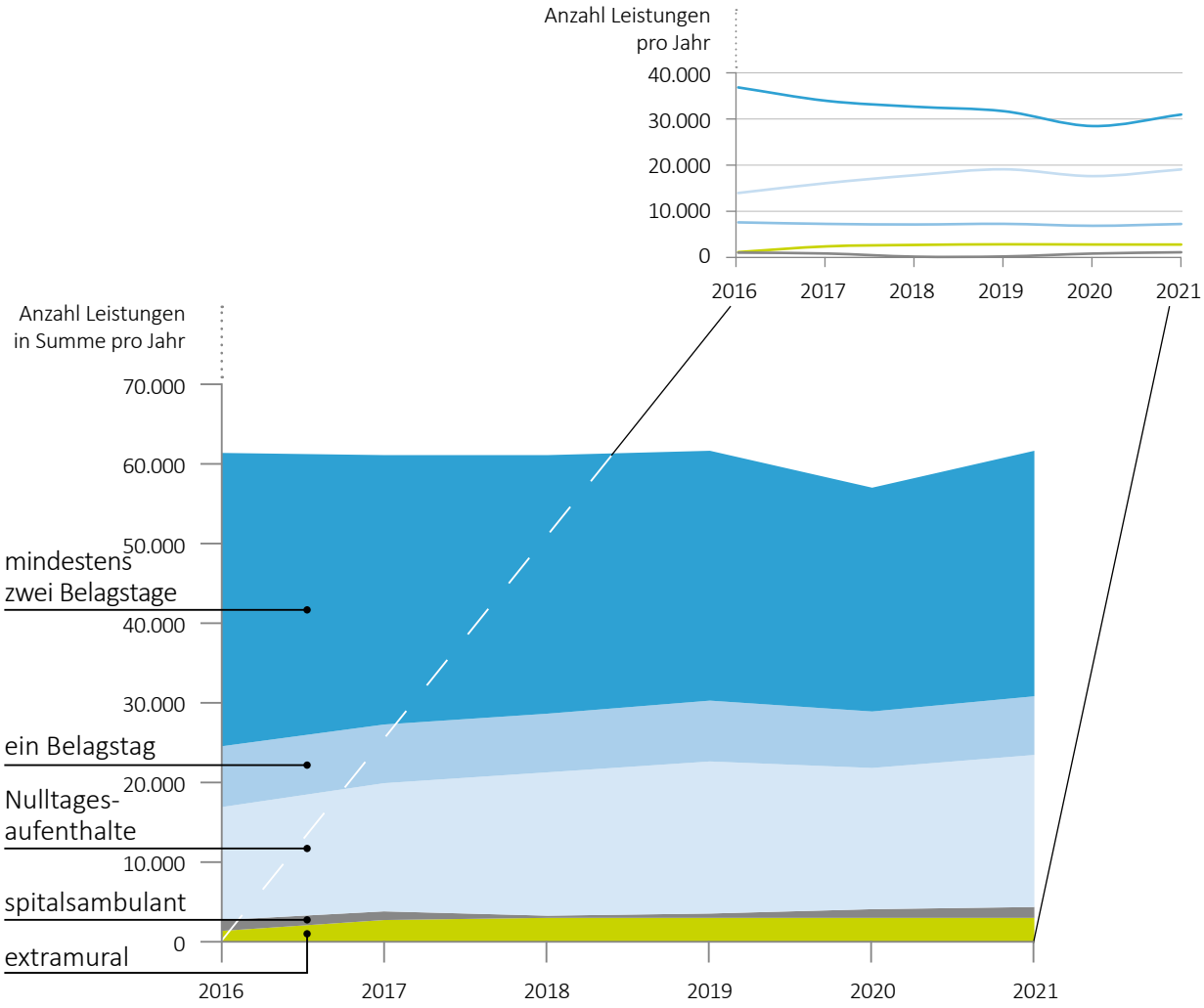
9.1 (1) Die Leistung, die am häufigsten im ambulanten Bereich des Klinikums Klagenfurt codiert wurde, war – wie österreichweit in vielen Fondskrankenanstalten – im Jahr 2021 die „Fachspezifische Erstuntersuchung“ (rd. 103.600 Mal in der Pauschalgruppe abgerechnet), bepunktet mit durchschnittlich 44 LKF–Punkten. Im LKH Villach lagen histologisch–zytologische Untersuchungen an erster Stelle (durchschnittlich 10 LKF–Punkte), gefolgt von der „Fachspezifischen Erstuntersuchung“ (rd. 26.800 Mal codiert). Der ebenfalls sehr häufig dokumentierte „ambulante Kontakt ohne codierte Leistung“ brachte österreichweit durchschnittlich 19 LKF–Punkte.

Neben „nicht näher konkretisierten“ Leistungen erbrachten Ambulanzen eine Fülle von spezifischen Leistungen, etwa klinisch–psychologische Beratungsgespräche (über 3.300 Mal im Klinikum Klagenfurt im Jahr 2021, über 650 Mal im LKH Villach), diverse Untersuchungen der Augen oder Diabetes–Schulungen (330 Leistungen im Klinikum Klagenfurt im Jahr 2021, 2.090 im LKH Villach). Diese Leistungen könnte laut KABEG teilweise auch der niedergelassene Bereich in gleicher Qualität erbringen, allerdings biete er sie nicht in ausreichendem Maß an. Die Ambulanzen hingegen könnten Patientinnen und Patienten nicht abweisen.

(2) Während bei Chemotherapien im Jahr 2016 in Kärnten noch über 8.000 Nulltagesaufenthalte (TZ 15) verzeichnet wurden, waren es im Jahr 2017 aufgrund der Umsetzung des LKF–ambulant nur mehr 60. Dafür verzeichneten die Kärntner Fondskrankenanstalten im Jahr 2017 über 10.100 ambulante Besuche mit chemotherapeutischen Leistungen, im Jahr 2021 über 13.500 (+34 %). Im Klinikum Klagenfurt gab es im Jahr 2016 rd. 3.300 Nulltagesaufenthalte, im Jahr 2017 hingegen fast 6.000 und im Jahr 2021 über 7.300 Besuche (+23 % von 2017 auf 2021). Im LKH Villach stiegen die Besuche von fast 1.600 im Jahr 2017 um 64 % auf 2.610 im Jahr 2021. Chemotherapien waren – mit großer Bandbreite – österreichweit mit durchschnittlich 2.770 LKF–Punkten bewertet.

(3) Tagesklinik–Leistungen waren ab der Einführung von LKF–ambulant auch ambulant abrechenbar, allerdings dominierte österreichweit und auch in Kärnten nach wie vor die stationäre Erbringung entweder in Form eines Nulltagesaufenthalts („tagesklinisch“) oder in Form eines mehrtägigen Aufenthalts. Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Erbringung solcher Leistungen in Kärnten:

Abbildung 1: Tagesklinik–Leistungen in Kärnten



Quelle: DIAG; Darstellung: RH

Im Jahr 2021 erbrachten die Kärntner Fondskrankenanstalten rund die Hälfte aller Tagesklinik–Leistungen im Rahmen eines mindestens zweitägigen stationären Aufenthalts, 12 % in Form eines Eintagesaufenthalts, mehr als 30 % als Nulltagesaufenthalt und 2,3 % spitalsambulant. 5 % deckte der niedergelassene Bereich ab. Seit 2016 gingen die mindestens zweitägigen Aufenthalte von 60 % auf 50 % zurück, während die Nulltagesaufenthalte von 23 % auf mehr als 30 % zunahmen.

Im Klinikum Klagenfurt und im LKH Villach war der Anteil der ambulant erbrachten Leistungen mit 0,1 % bis 0,2 % geringer als im Österreichdurchschnitt (im Jahr 2021: 3,5 %).

Der – insbesondere pandemiebedingte – Rückgang der Tagesklinik–Leistungen im Jahr 2020 war in Kärnten mit 7 % geringer als österreichweit (13 %).

Katarakt–Operationen waren die am häufigsten durchgeführte Tagesklinik–Leistung: Von den rd. 104.500 Operationen im Jahr 2021 wurden österreichweit 88 % als Nulltagesaufenthalt erbracht und 4 % spitalsambulant. In Kärnten entfielen 97 % auf Nulltagesaufenthalte, der Rest auf ein– oder mehrtägige Aufenthalte (keine ambulante Erbringung).

(4) Die ab 2017 in Kärnten ausschließlich ambulant abzurechnenden Tagesbehandlungen verringerten sich pandemiebedingt deutlich: im Klinikum Klagenfurt in der Psychiatrie von fast 3.100 (2018) auf 347 (2021), in der Akutgeriatrie – die sich mit der Behandlung von älteren oder alten Menschen nach akuten Erkrankungen oder Verletzungen befasst – von fast 4.600 auf rd. 2.500.

(5) Die Leistung ZZ710 „Mehrstündige Betreuung und Beobachtung auf einem dafür vorgesehenen ambulanten Betreuungsplatz in einer ambulanten Erstversorgungseinheit“ (135 LKF–Punkte) wurde österreichweit 2018 über 100.000 Mal, davon 42.000 Mal in Kärntner Fondskrankenanstalten codiert. Da Datenprüfungen unplausibel hohe Fallzahlen – mit Auswirkungen auf die Berechnung der ambulanten Betreuungsplätze – sowie eine unterschiedliche Codierungspraxis gezeigt und sich mindestens 95 % der Fälle als Fehlcodierungen erwiesen hatten, setzte das Gesundheitsministerium die Bepunktung der Leistung ab dem Jahr 2022 aus. Die Krankenanstalten hatten diese Leistung aber weiterhin zu dokumentieren, auch weil sie weiterhin für die rechnerische Ermittlung der ambulanten Betreuungsplätze in der ZAE relevant war.

Während das LKH Villach die Leistung ZZ710 nicht dokumentierte, codierte sie das Klinikum Klagenfurt im Jahr 2018 über 38.000 Mal spitalsambulant, ab dem Jahr 2019 nur mehr in Einzelfällen. Die KABEG verwies auf die zu komplexe Definition dieser Leistung, die damit verbundene Schwierigkeit, alle Kriterien zu erfüllen, und auf die aufwändige Administration; diese Leistung werde daher nicht mehr dokumentiert.

9.2 Der RH hielt fest, dass die Ambulanzen von Krankenanstalten viele Leistungen erbrachten, die laut KABEG – zumindest teilweise – auch der niedergelassene Bereich in gleicher Qualität erbringen könnte.

Zur Verlagerung von Leistungen infolge der Einführung des LKF–ambulant hielt er fest, dass

- die Kärntner Krankenanstalten Chemotherapien und Tagesbehandlungen wie vorgesehen im ambulanten Bereich abrechneten, während
- sie Tagesklinik–Leistungen überwiegend stationär abrechneten (zum Teil in Form eines Nulltagesaufenthalts), obwohl eine ambulante Abrechnung bei gleicher Bepunktung möglich wäre (TZ 5).

Der RH verwies auf die Schwierigkeiten bei der Dokumentation der Leistung ZZ710. Die KABEG dokumentierte diese Leistung ab 2019 kaum mehr, obwohl dies auch nach Aussetzen der Bepunktung im Jahr 2022 vorgesehen und für die rechnerische Ermittlung der ambulanten Betreuungsplätze relevant war.

Der RH empfahl der KABEG, die Leistung ZZ710 „Mehrstündige Betreuung und Beobachtung auf einem dafür vorgesehenen ambulanten Betreuungsplatz in einer ambulanten Erstversorgungseinheit“ entsprechend den Vorgaben des Gesundheitsministeriums zu dokumentieren.

9.3 Die KABEG führte in ihrer Stellungnahme zu den weitgehend stationär erbrachten Tagesklinik–Leistungen (z.B. Katarakt–Operation) aus, dass die Krankenanstalten bei der Leistungserbringung nicht zwischen tagesklinisch (stationär) und ambulant unterscheiden und die gegenständlichen Leistungen für ambulante und tagesklinische Fälle immer auf der tagesklinischen Station erbringen würden. Demnach seien die Ausführungen des RH als Hinweis für die abrechnungstechnische Erfassung der am selben Ort erbrachten und stationär sowie ambulant gleich bepunkteten Leistungen zu sehen.

Die Dokumentation der Leistung ZZ710 „Mehrstündige Betreuung und Beobachtung auf einem dafür vorgesehenen ambulanten Betreuungsplatz in einer ambulanten Erstversorgungseinheit“ sei für die ZAE im Klinikum Klagenfurt mit einem zur Zeit der Stellungnahme nicht umsetzbaren administrativen Aufwand verbunden. In der Ambulanz fehle im Krankenhausinformationssystem ein Entlassungszeitpunkt. Daher seien die nachzuweisenden sechs Stunden Aufenthalt nur mit hohem Aufwand händisch dokumentierbar und nachträglich nachweisbar. Auch sei die Anzahl der betroffenen Patientinnen und Patienten mit einer akuten Gesundheitsgefährdung ohne stationären Aufenthalt eher gering. Der Dokumentationsaufwand würde sich insofern nochmals erhöhen, als diese Patientengruppe erst eruiert werden müsse.

Im laufenden Ambulanzbetrieb sei die Entscheidung, ob die Leistung an der ZAE codiert werden dürfe, kaum umsetzbar, weil in den Behandlungsprozess in der Regel mehrere Ärztinnen und Ärzte involviert seien.

9.4 Der RH verwies gegenüber der KABEG nochmals auf die Vorgaben des Gesundheitsministeriums im LKF–ambulant zur Dokumentation der Leistung ZZ710 trotz Aussetzens der Bepunktung. Diese zielten u.a. darauf ab,

- die Codierqualität zu verbessern und die Vergleichbarkeit der codierten Daten zu gewährleisten sowie
- die ambulanten Betreuungsplätze in der ZAE rechnerisch zu ermitteln.

Der RH hielt daher die Empfehlung aufrecht.

Zentrale Ambulante Erstversorgung

Allgemeines

10.1 (1) Die Erstversorgung in öffentlichen Krankenanstalten konnte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung u.a. eine ZAE, aber auch eine (Fach–)Ambulanz (z.B. einer Internen Abteilung) leisten. Die Betriebsform ZAE wurde im Rahmen der im Jahr 2019 kundgemachten Novellen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten[27] (in der Folge: **KAKuG–Novelle 2018**) sowie der Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999[28] (in der Folge: **K–KAO–Novelle 2019**) bzw. im Rahmen des ÖSG 2017 geschaffen. Sie ersetzte die krankenanstaltenrechtlich und im ÖSG 2012 geregelten „Vorgängerbetriebsformen“ „Zentrale Aufnahme– und Erstversorgungseinheit“ (in der Folge: **ZAE–alt**) und „Ambulante Erstversorgungseinheit“.

(2) Laut ÖSG 2017[29] sollte die ZAE grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten ohne Terminvereinbarung zuständig sein und diese „im Rahmen des Umfangs der Allgemeinmedizin“ behandeln. Die Abstimmung mit anderen Fachbereichen war erforderlich. Eine Kurzbeobachtung bis maximal 24 Stunden war möglich. Für die ZAE legte der ÖSG 2017 eine Reihe von Qualitätskriterien fest (z.B. Personal (Qualifikation, Weiterbildung), Ablauforganisation, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Qualitätssicherung). Fakultativ war die Anbindung einer interdisziplinären Aufnahmestation für stationäre Aufenthalte bis maximal 36 Stunden möglich.[30]

Das Gesundheitsministerium sah die Vorteile einer ZAE gegenüber einer (Fach–)Ambulanz u.a. darin, dass durch die breite Qualifikation des Personals – Allgemeinmedizin oder Sonderfach mit Zusatzqualifikation – Akutfälle ohne fachspezifischen Behandlungsbedarf versorgt werden könnten. Dadurch könnten einerseits die

[27] BGBl. I 13/2019

[28] LGBl. 64/2019

[29] siehe dazu auch § 3c Abs. 1 Z 6 K–KAO

[30] Im Unterschied dazu musste die ZAE–alt über eine Aufnahmestation verfügen.

(Fach–)Ambulanzen sowie andererseits der stationäre Bereich durch den Wegfall von Kurzaufnahmen entlastet werden.

10.2 Der RH hielt fest, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung das Krankenanstaltenrecht bzw. der ÖSG 2017 für die Erstversorgung in Krankenanstalten die Einrichtung einer ZAE ermöglichte, jedoch nicht zwingend vorsah.

Organisation

11.1 (1) Wie im RSG Kärnten 2025 vorgesehen gab es im Klinikum Klagenfurt seit 2020 eine ZAE, davor – entsprechend dem RSG Kärnten 2020 – eine ZAE–alt. Die ZAE war sieben Tage pro Woche durchgehend ohne Terminvereinbarung geöffnet. In der Regel wurde zuerst u.a. die Dringlichkeit eingestuft (TZ 13); danach wurden die Patientinnen und Patienten entweder direkt in der ZAE behandelt oder an die fachlich zuständige Abteilung bzw. Ambulanz weitergeleitet. Sofort weitergeleitet wurden z.B. Kinder, Jugendliche oder Schwangere. Mit der Rettung oder dem Hubschrauber eingelieferte Patientinnen und Patienten wurden direkt etwa in den Schockraum oder die zuständige Abteilung bzw. Ambulanz gebracht.

(2) Die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltende Anstaltsordnung des Klinikums Klagenfurt aus 2019 wies noch eine ZAE–alt aus, die der „Abteilung für Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie“ zugeordnet war. Die KABEG betrieb diese Organisationseinheit seit 2010.

(3) Laut Gesundheitsministerium waren die Landesgesundheitsfonds für die Kontrolle der Einhaltung von ÖSG–Qualitätskriterien[31] zuständig. Bei Nichteinhaltung oblag es diesen, entsprechende Konsequenzen zu ziehen, etwa Auflagen vorzuschreiben oder die Abgeltung der Leistungserbringung vorübergehend einzustellen. Nach Angaben des Gesundheitsfonds überprüfte er bis März 2023 die Einhaltung der ÖSG–Qualitätskriterien in der ZAE(–alt) im Klinikum Klagenfurt nicht vor Ort; er plane dies aber jedenfalls vor Erstellung des RSG Kärnten 2030.

11.2 Der RH hielt fest, dass die Erstversorgung im Klinikum Klagenfurt insofern zentral organisiert war, als die ZAE grundsätzlich eine erste Anlaufstelle ohne Terminvereinbarung bot. Er wies kritisch darauf hin, dass der Gesundheitsfonds bis März 2023 die Einhaltung der ÖSG–Qualitätskriterien in der ZAE(–alt) des Klinikums Klagenfurt nicht vor Ort prüfte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds im Interesse der Sicherstellung der Behandlungsqualität, die Einhaltung der ÖSG–Qualitätskriterien in der ZAE im Klinikum Klagenfurt zu prüfen und erforderlichenfalls die nötigen Maßnahmen zu veranlassen.

[31] Laut Gesundheitsministerium überprüfe die Sanitätsbehörde des betreffenden Landes im Rahmen der „sanitätsbehördlichen KH–Einschau“ die Einhaltung der ÖSG–Qualitätskriterien zur Ausstattung.

11.3 Der Gesundheitsfonds sagte in seiner Stellungnahme die Umsetzung zu. Er werde – wie im Prüfplan vorgesehen – eine Prüfung der ZAE im Klinikum Klagenfurt veranlassen.

12.1 (1) Auch für das LKH Villach sahen die RSG Kärnten 2020 und 2025 eine ZAE(–alt) vor. Anders als im Klinikum Klagenfurt gab es im LKH Villach zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine zentrale Anlaufstelle ohne Terminvereinbarung. Die Erstversorgung war (fachlich) dezentral organisiert. Dies begründete die KABEG u.a. mit der baulichen Situation im LKH Villach. Die Patientinnen und Patienten wurden an die jeweils zuständige Abteilung bzw. Ambulanz weitergeleitet oder z.B. von der Rettung dorthin gebracht.

Obwohl es seit Mitte 2021 den Funktionscode für ZAE gab, war die Organisation der internistischen Erstversorgung unverändert und wurde durch die bereits bestehende „Notfallaufnahme“ abgedeckt, eine Ambulanz der Abteilung für Innere Medizin. Laut KABEG diene die „Einrichtung“ einer ZAE der Umsetzung des RSG Kärnten 2025. Mangels eigener Organisationseinheit sei die ZAE bzw. deren Leitung auch nicht in der Anstaltsordnung ausgewiesen.

(2) Anlässlich der Genehmigung des ZAE–Funktionscodes im Juni 2021 hielt die Gesundheitsplattform in ihrem Protokoll fest, dass beim LKH Villach die Übereinstimmung u.a. mit dem ÖSG 2017 und dem RSG Kärnten 2025 gegeben war. Die Erfüllung aller erforderlichen Qualitätskriterien und die personelle Mindestausstattung seien „von den Krankenanstalten“ bestätigt worden, der Gesundheitsfonds könne beides prüfen. Laut Gesundheitsfonds sei eine Prüfung vor Erstellung des RSG Kärnten 2030 geplant.

(3) Der Gesundheitsfonds erwog, im Rahmen des RSG Kärnten 2030 die „Erstaufnahme“ im LKH Villach „nicht mehr als interdisziplinär, sondern fachbezogen“ auszuweisen und so den baulichen, organisatorischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen.

(4) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung überlegte das LKH Villach, auf seinem Gelände eine „Erstversorgungsambulanz (EVA)“ einzurichten und zu betreiben. Dies u.a. für medizinische Grundleistungen (Abklärung und Therapiestart), um Ambulanzbesuche und stationäre Aufnahmen zu reduzieren. Der Beginn des Testbetriebs war für Ende 2023 geplant. Eine Mitfinanzierung der ÖGK werde verhandelt.

12.2 Der RH hielt fest, dass die Erstversorgung im LKH Villach – im Unterschied zum Klinikum Klagenfurt – (fachlich) dezentral organisiert war, dies u.a. aufgrund der baulichen Situation. Zwar gab es seit Mitte 2021 einen ZAE–Funktionscode im Bereich der Abteilung für Innere Medizin; die internistische Erstversorgung führte jedoch

weiterhin die bereits bestehende Notfallaufnahme durch. Der Gesundheitsfonds plante, die Erfüllung der ÖSG–2017–Qualitätskriterien im LKH Villach zu prüfen und die Organisation der Erstversorgung im RSG Kärnten 2030 anzupassen.

Ferner hielt der RH fest, dass das LKH Villach den Betrieb einer „Erstversorgungsambulanz (EVA)“ auf seinem Gelände überlegte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, gemeinsam mit der KABEG und dem LKH Villach eine geeignete – auch organisatorische – Ausgestaltung der Erstversorgung am LKH Villach sicherzustellen. Dabei wären die Überlegungen zur Einrichtung einer Erstversorgungsambulanz am Krankenanstaltengelände mitzuberücksichtigen.

12.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds verfolge er den Aufbau und die Etablierung einer Erstversorgungsambulanz am Gelände des LKH Villach zur Entlastung der spitalsambulanten Struktur. Zusammen mit der ÖGK und der KABEG strebe er an, bereits 2024 eine Erstversorgungsambulanz am Standort LKH Villach als Pilotprojekt einzurichten bzw. zu finanzieren.

(2) Die KABEG führte in ihrer Stellungnahme aus, dass auf Basis der – auch beim Gesundheitsfonds eingereichten – „Projektbeschreibung E–V–E“ vom 19. Mai 2023 ein Betriebsorganisationskonzept für eine sogenannte Erstversorgungseinheit erarbeitet worden sei.

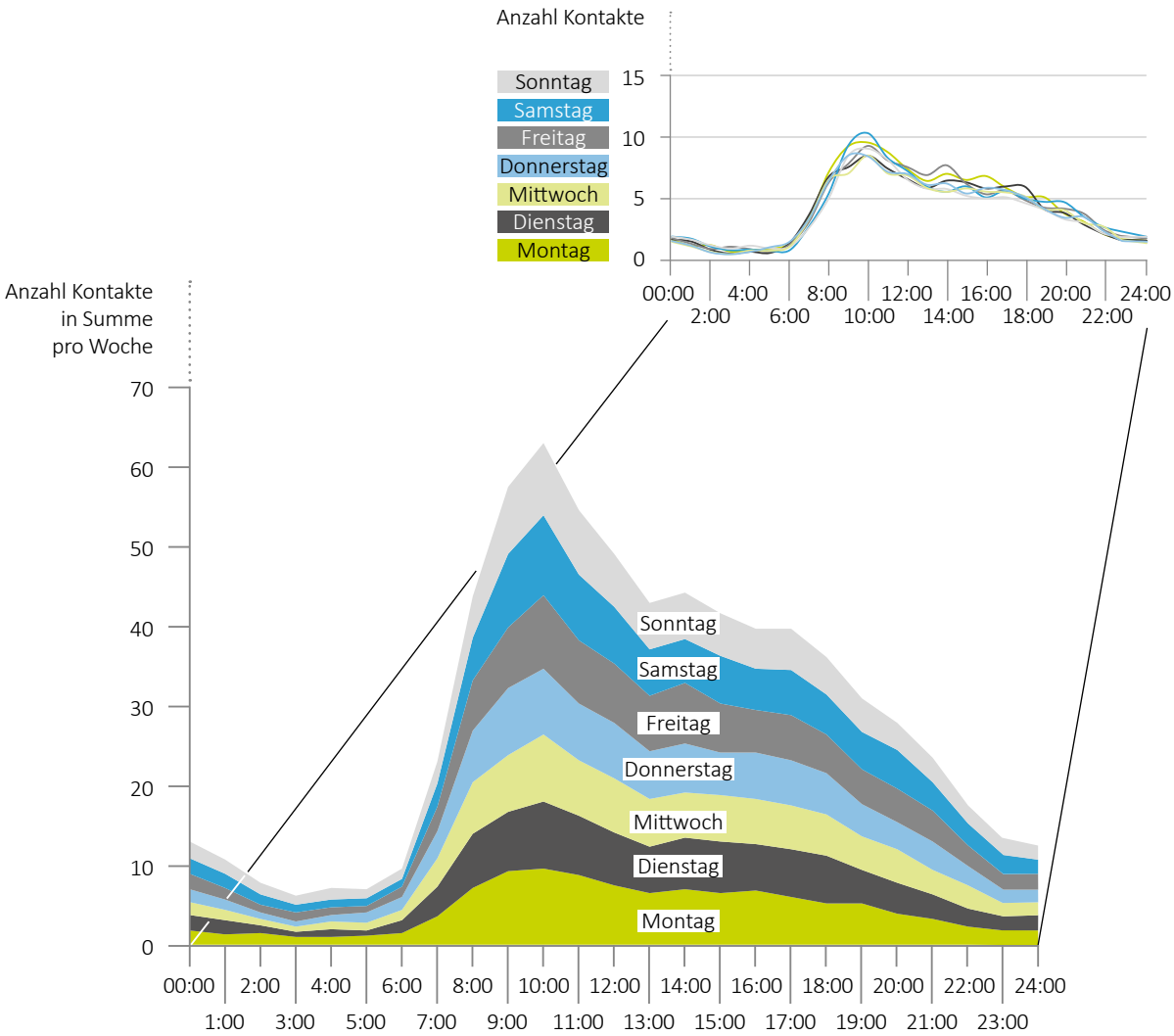
Um möglichst rasch eine Zwischenlösung (Phase 1) realisieren zu können, prüfe die KABEG zur Zeit der Stellungnahme die Machbarkeit. Dazu würden die geeigneten potenziellen Freiflächen erhoben, das erarbeitete Betriebsorganisationskonzept daran angepasst sowie die Kosten geschätzt. Abhängig vom Ergebnis und von der Festlegung der Finanzierung würden die weiteren Realisierungsschritte zeitnah gesetzt.

12.4 Der RH hielt gegenüber dem Gesundheitsfonds und der KABEG fest, dass sich seine Empfehlung vor allem auch darauf bezog, gemeinsam mit dem LKH Villach eine geeignete – auch organisatorische – Ausgestaltung der Erstversorgung am LKH Villach sicherzustellen. Dies vor dem Hintergrund, dass es im LKH Villach zwar einen ZAE–Funktionscode im Bereich der Abteilung für Innere Medizin gab, die Erstversorgung jedoch fachlich und örtlich dezentral organisiert war.

Inanspruchnahme und Einschätzung der Dringlichkeit

13.1 (1) Die ZAE im Klinikum Klagenfurt wurde im Jahr 2021 nach Wochentagen und Uhrzeit folgendermaßen beansprucht:

Abbildung 2: Kontakte in der Zentralen Ambulanten Erstversorgung im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee im Wochen– bzw. Tagesverlauf



Quelle: DIAG; Darstellung: RH

Die Zahl der Kontakte war in den Vormittagsstunden zwischen 9:00 Uhr und 11:00 Uhr am höchsten (sieben bis zehn Kontakte pro Stunde) und flachte dann ab, um nach Mitternacht bis ungefähr 6:00 Uhr früh auf niedrigem Niveau zu bleiben (ein bis zwei Kontakte pro Stunde, am Wochenende geringfügig höher). In den Jahren 2017 bis 2021 war die Verteilung – mit Ausnahme der um bis zu 14 % geringeren Kontakte vor allem im Jahr 2020 – jeweils ähnlich.

Für das LKH Villach wertete der RH im Dokumentations– und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG) die Kontakte in der Notfallaufnahme der Inneren Medizin (inklusive ZAE) aus. Diese Zahl war 2021 mit mehr als 20.800 deutlich höher als die Zahl der Besuche (Tabelle 2, TZ 8). Die Auswertung zeigte folgendes Bild:

- An den Wochenenden fanden mit jeweils 9 % aller wöchentlichen Kontakte deutlich weniger Kontakte statt als von Montag bis Freitag (z.B. 18 % am Montag).
- Auch in dieser Erstversorgung waren die Kontakte gegen 10:00 Uhr am höchsten (sechs bis sieben pro Stunde an Werktagen, zwei bis drei an Samstagen und Sonntagen) und nach Mitternacht bis ungefähr 6:00 Uhr mit 0,4 bis 0,8 am niedrigsten.
- Der (pandemiebedingte) Rückgang von 2019 auf 2020 betrug 8 %.

(2) Der ÖSG 2017 sah für ZAE eine Einschätzung der Dringlichkeit nach standardisierter Methodik (Triage) vor. Das Klinikum Klagenfurt verwendete seit 2010 nicht das vor allem auch im deutschsprachigen Raum weit verbreitete Manchester–Triage–System[32], sondern ein daran angelehntes System, weil das Manchester–Triage–System lediglich eine Dringlichkeitseinstufung vorsah und die ZAE auch an Fachabteilungen zuteilte. Die ÖSG–2017–Qualitätskriterien legten für ZAE u.a. die Anwesenheit von diplomiertem Pflegepersonal mit Triageerfahrung in der Akutfallversorgung während der Öffnungszeit fest.

(3) Die ZAE im Klinikum Klagenfurt beurteilte grundsätzlich bei allen Patientinnen und Patienten die Dringlichkeit (ausgenommen etwa Notfälle oder sofort weitergeleitete Fälle), unabhängig von der Tageszeit. Von der KABEG übermittelte Auswertungen zeigten, dass im ersten Halbjahr 2022 – ähnlich wie im ersten Halbjahr 2019 – mehr als zwei Drittel der ZAE–Besuche als „normal[33]“ oder „nicht dringend“ eingestuft wurden, 10 % als „Notfall“ oder „sehr dringend“. Die meisten Besuche fanden im ersten Halbjahr 2022 montags statt, die wenigsten sonntags. Der Anteil der als „normal“ oder „nicht dringend“ eingestuften Besuche lag zwischen 65 % an Dienstagen und 71 % an Samstagen.

(4) Das LKH Villach beurteilte in der Notfallaufnahme (inklusive ZAE) zwischen 7:00 Uhr und 19:00 Uhr die Dringlichkeit nach dem Manchester–Triage–System, nicht jedoch etwa bei Notfällen. Während der Nacht werde die Dringlichkeit mittels

[32] Das Manchester–Triage–System ist eine standardisierte Methode zur Ersteinschätzung vor allem durch geschultes Pflegepersonal. Die Patientinnen und Patienten werden in eine der fünf Dringlichkeitsgruppen eingestuft (Gruppe 1, rot: „sofort“ bis Gruppe 5, blau: „nicht dringend“); siehe dazu *Krummenacker*, Der diagnostische Wert des ersten klinischen Eindrucks in der Notaufnahme, Masterarbeit (2020).

[33] Betrifft Erkrankungen oder Verletzungen ohne unmittelbare Gefahr oder Not; laut Manchester–Triage–System sollte die Behandlung innerhalb von 90 Minuten eingeleitet werden.

der ABCDE–Regel[34] eingestuft, jedoch ohne auswertbare Dokumentation. Laut Angaben der KABEG wurde 2018 bis 2022 rund ein Drittel der Besuche nicht nach dem Manchester–Triage–System beurteilt. Im Jahr 2022 wurden 54 % als „normal“ oder „nicht dringend“ eingestuft, 15 % als „Notfall“ oder „sehr dringend“. Die meisten Besuche fanden montags und freitags statt, die wenigsten am Wochenende. Der Anteil der als „normal“ oder „nicht dringend“ eingestuften Besuche lag zwischen 51 % an Montagen und 57 % an Freitagen.

(5) Als „normal“ und „nicht dringend“ eingestufte Besuche könnte – so die KABEG – „grundsätzlich“ auch der niedergelassene Bereich behandeln. Die KABEG verwies auf die zahlreichen Patientinnen und Patienten, die zu Tagesrandzeiten und an Wochenenden von sich aus und nicht als Notfall die Ambulanzen aufsuchten, weil sie entweder die Bereitschaftsdienste (TZ 25) nicht kontaktierten oder diese nicht erreichten. Das Primärversorgungszentrum in Klagenfurt habe bisher noch nicht zu einer Entlastung geführt. Bewohnerinnen bzw. Bewohner von Pflegeheimen würden mangels niedergelassener ärztlicher Betreuung als Notfall oder dringlicher Fall in die Ambulanzen geschickt.

Die Auffassung des LKH Villach, dass viele Patientinnen und Patienten „nicht in eine Spitalsambulanz gehören“, leite sich auch daraus ab, dass die KABEG Anfang 2023 die Zahl der Frequenzen für das Projekt Erstversorgungsambulanz erhebe und daher das diesbezügliche Bewusstsein sehr hoch sei.

(6) Leistungen, die sehr häufig in den beiden Erstversorgungseinheiten codiert wurden, waren Erst– und Basisuntersuchungen, die Entnahme von Untersuchungsmaterial für Laboranalysen, intravenöse Medikamentenverabreichung („Infusion“), EKG sowie Ultraschalluntersuchungen.

13.2 Der RH wies darauf hin, dass die Zahl der Kontakte in den ZAE im Klinikum Klagenfurt und LKH Villach am Vormittag am höchsten und am Abend und in der Nacht deutlich niedriger war. Auch die Ordinationsstunden in der Allgemeinmedizin fielen im Jahr 2018 zu 65 % auf den Vormittag (TZ 19).

Der RH hielt fest, dass die ZAE im Klinikum Klagenfurt im ersten Halbjahr 2022 mehr als zwei Drittel der Besuche als „normal“ oder „nicht dringend“ einstufte. Für das LKH Villach waren dies in der Notfallaufnahme (einschließlich ZAE) im Jahr 2022 54 %. Nach Auffassung der KABEG könnte die „normalen“ und „nicht dringenden“ Fälle grundsätzlich auch der niedergelassene Bereich behandeln. Mangels extramu-

[34] Das ABCDE–Schema war eine Strategie zur Untersuchung und Versorgung kritisch kranker oder verletzter Patientinnen und Patienten auf der Basis einer Prioritätenliste: A = Airway (Atemweg), B = Breathing (Beatmung), C = Circulation (Kreislauf), D = Disability (Defizit, neurologisches), E = Exposure/Environment (Exploration). Siehe dazu https://flexikon.doccheck.com/de/ABCDE-Schema (abgerufen am 13. November 2023).

raler Verfügbarkeit oder auf eigenen Wunsch kämen diese Patientinnen und Patienten jedoch in die ZAE.

Der RH verwies auf seine Empfehlungen an das Land Kärnten in TZ 24 zur Optimierung der Inanspruchnahme der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 und in TZ 25 zur effizienteren Gestaltung der Hausärztlichen Bereitschaftsdienste.

Kosten der ambulanten Versorgung

14.1 (1) Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der Kosten im ambulanten und stationären Bereich des Klinikums Klagenfurt und des LKH Villach sowie aller Kärntner Fondskrankenanstalten insgesamt im Zeitraum von 2016 bis 2021:

Tabelle 3: Kosten der Kärntner Fondskrankenanstalten

Krankenanstalten	Kosten[1]	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Veränderung 2016 bis 2021	Veränderung 2017 bis 2021
		in Mio. EUR						in %	
Klinikum Klagenfurt	ambulant	77,59	97,00	101,79	107,59	113,68	120,57	55	24
	stationär	290,98	300,63	315,13	317,09	326,40	341,18	17	13
Landeskrankenhaus Villach	ambulant	27,25	31,50	32,99	34,14	35,92	38,82	42	23
	stationär	128,60	131,24	136,68	139,55	143,64	151,67	18	16
Kärntner Fondskrankenanstalten gesamt	ambulant	137,99	170,40	178,31	188,58	199,29	215,30	56	26
	stationär	630,48	642,86	672,22	681,82	698,21	729,36	16	13

Rundungsdifferenzen möglich Quelle: Gesundheitsfonds

[1] Summe der ambulanten bzw. stationären Endkosten; unter Endkosten sind sämtliche Kosten (einschließlich kalkulatorischer Kosten und Kostenminderungen) im medizinischen und nicht–medizinischen Bereich von Krankenanstalten zu verstehen.

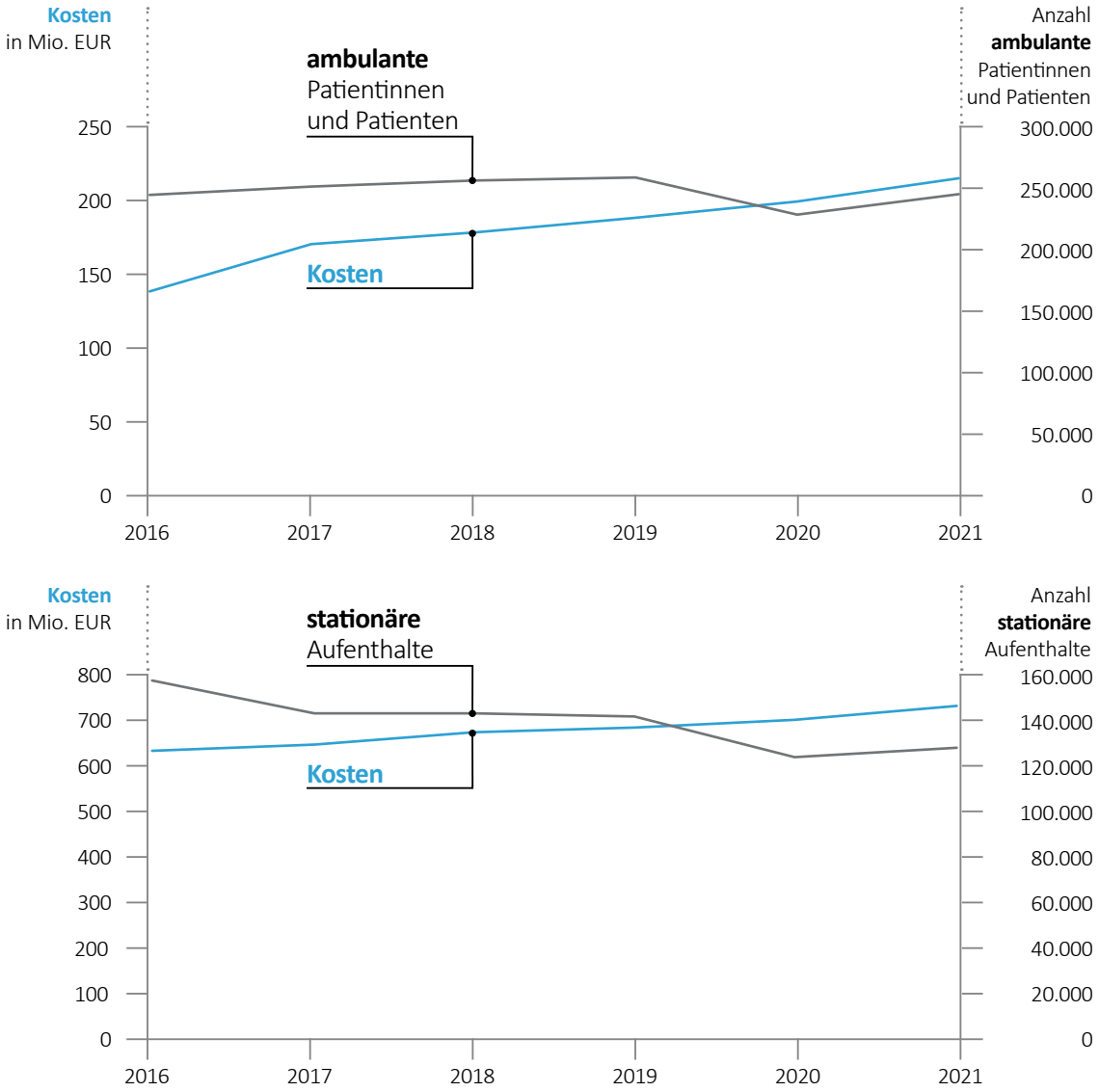
Insgesamt stiegen bei den Kärntner Fondskrankenanstalten die Kosten im Zeitraum 2016 bis 2021 im ambulanten Bereich mit 56 % stärker als im stationären Bereich (16 %). Den größten jährlichen Kostenzuwachs bei den ambulanten Kosten (24 %) verzeichneten die Kärntner Fondskrankenanstalten von 2016 auf 2017 mit der Einführung von LKF–ambulant.

Die Zahl der ambulanten Patientinnen und Patienten hingegen stieg von 2016 bis 2019 um 6 % auf knapp 259.000, sank aber im Jahr 2020 auf rd. 228.000. 2021 lag sie mit knapp 245.000 um rd. 600 höher als im Jahr 2016. Die durchschnittlichen Kosten je Patientin bzw. Patient erhöhten sich im Zeitraum 2016 bis 2021 im ambulanten Bereich um 56 % auf 879 EUR.

Im stationären Bereich stiegen die Kosten von 2016 bis 2021 um 16 % auf 729,36 Mio. EUR, während die Zahl der Aufenthalte von 2016 auf 2017 um 9 % und von 2016 bis 2021 um insgesamt 19 % auf rd. 127.000 sank.

Die folgende Abbildung fasst die beschriebene Entwicklung der ambulanten bzw. stationären Kosten in Kärntner Fondskrankenanstalten in den Jahren 2016 bis 2021 im Vergleich zur Entwicklung der Zahl der ambulanten Patientinnen und Patienten bzw. der stationären Aufenthalte zusammen:

Abbildung 3: Ambulante Kosten und Patientinnen bzw. Patienten sowie stationäre Kosten und Aufenthalte in Kärnten



Quelle: DIAG; Darstellung: RH

(2) Die Zuwächse der ambulanten Kosten waren laut Gesundheitsfonds und KABEG neben der Einführung von LKF–ambulant auch auf weitere Ursachen zurückzuführen:

- Die Ambulanzen würden nicht (ausreichend) bestehende extramurale Versorgungsangebote kompensieren oder Patientinnen und Patienten behandeln, die die spitalsambulante Versorgung der Versorgung im niedergelassenen Bereich vorziehen.
- Die in den Jahren 2020 und 2021 durch die COVID–19–Pandemie eingetretenen Effekte hätten sowohl kostensteigernd als auch kostensenkend gewirkt und seien nur bedingt quantifizierbar (etwa weniger Krankenhausaufenthalte bzw. sinkende ambulante Frequenzen, jedoch auch zusätzliche Patientenströme aus dem niedergelassenen Bereich). Zudem seien durch die COVID–19–Pandemie hervorgerufene zusätzliche Kosten zu berücksichtigen (z.B. Preissteigerungen bei Verbrauchsgütern, Überstunden oder Schleusensysteme).

(3) Der RH analysierte die Kostenentwicklung in Ambulanzen auch am Beispiel ausgewählter Abteilungen (Innere Medizin, Augenheilkunde, Psychiatrie, ZAE–alt und ZAE) im Klinikum Klagenfurt und im LKH Villach.

Hinsichtlich der Kostenarten wertete der RH die Summe der Primärkosten[35] sowie ausgewählte Kostenartengruppen, insbesondere Personalkosten, Medizinische Ge– und Verbrauchsgüter sowie Medizinische Fremdleistungen aus. Bei den Personalkosten wirkten z.B. Gehaltsanpassungen kostensteigernd, darüber hinaus verzeichneten manche Ambulanzen Personalaufstockungen.

Die stärkste Kostensteigerung im ambulanten Bereich im Zeitraum von 2016 bis 2021 wies die Abteilung Innere Medizin und Hämatologie und internistische Onkologie des Klinikums Klagenfurt mit 181 % (Primärkosten 2021: 7,85 Mio. EUR) auf. Die Verschiebung von Chemotherapien in den ambulanten Bereich, aber auch die stetige Zunahme an Therapien mit teuren Arzneimitteln führten zu sehr starken Kostenanstiegen bei der Kostenartengruppe Medizinische Ge– und Verbrauchsgüter (Verfünffachung auf 5,71 Mio. EUR im Jahr 2021). Deutlich geringere Steigerungen verzeichneten etwa die Abteilung für Augenheilkunde und Optometrie mit 36 % oder die ZAE des Klinikums Klagenfurt mit 49 %. Eine Verringerung der Primärkosten um 10 % wies die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Klagenfurt auf.

14.2 Der RH hielt fest, dass in den Kärntner Fondskrankenanstalten die Kosten im Zeitraum 2016 bis 2021 im ambulanten Bereich mit 56 % deutlich stärker stiegen als im stationären Bereich (16 %). Den größten jährlichen Kostenzuwachs bei den ambu-

[35] Primärkosten sind Kosten, die unmittelbar bei der leistungserbringenden Kostenstelle (Ambulanz) entstehen, wie beispielsweise Personalkosten oder Kosten für medizinische Ge– und Verbrauchsgüter. Die Summe der Primärkosten beinhaltet die Kosten von insgesamt acht Kostenartengruppen. Unter Berücksichtigung bzw. Hinzurechnung weiterer Kosten wie insbesondere der Sekundärkosten (Kosten, die nicht unmittelbar bei der medizinischen Leistungserbringung entstehen, wie beispielsweise Kosten der Verwaltung) oder von Kostenminderungen ergeben sich die Endkosten.

lanten Kosten (24 %) verzeichneten die Kärntner Fondskrankenanstalten von 2016 auf 2017 mit der Einführung von LKF–ambulant. Die Kostensteigerung 2016 bis 2021 war einerseits durch die Verschiebung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich bedingt. Andererseits gab es weitere mögliche Ursachen, wie etwa die Versorgung von auch extramural behandelbaren Patientinnen und Patienten oder Auswirkungen der COVID–19–Pandemie.

Der RH hielt weiters fest, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die Kosten stiegen, obwohl die Zahl der ambulanten Patientinnen und Patienten sowie der stationären Aufenthalte insbesondere im Jahr 2020 rückläufig war. Die Kostenentwicklung in ausgewählten Ambulanzen im Klinikum Klagenfurt und im LKH Villach reichte im Zeitraum 2016 bis 2021 von einem Rückgang um 10 % bis zu einer Steigerung um 181 %.

14.3 Die KABEG führte in ihrer Stellungnahme aus, dass für die Kostensteigerung im ambulanten Bereich zum größten Teil die LKF–Modelländerung verantwortlich sei. Eine Kostenbetrachtung je Patientin bzw. Patient sei nur bedingt möglich und beinhalte die Gefahr von Falschinterpretationen, weil die verschobenen ehemals halbstationären Leistungen (onkologische Therapien, psychiatrische oder geriatrische Tagesbehandlungen mit erhöhtem Personaleinsatz) nur bedingt mit „normalen“ Ambulanzaufenthalten vergleichbar seien.

14.4 Der RH hielt gegenüber der KABEG fest, dass er in seinen Ausführungen mehrfach auf den Zusammenhang der Kostensteigerung mit der LKF–Modelländerung und auch auf andere Ursachen (z.B. Kostensteigerungen im Bereich Onkologie oder Auswirkungen der COVID–19–Pandemie) hingewiesen hatte. In diesem Sinne war auch die Darstellung der Durchschnittskosten je Patientin bzw. Patient für den ambulanten Bereich aller Kärntner Fondskrankenanstalten zu interpretieren, die sowohl den verschobenen halbstationären Bereich als auch „normale“ Ambulanzleistungen umfasste. Dies auch mit dem Ziel, die Kosten transparent wiederzugeben.

Reduktion von Nulltagesaufenthalten

15.1 (1) Ein Ziel der Einführung des LKF–ambulant war die Reduktion der medizinisch nicht notwendigen Nulltagesaufenthalte (stationäre Aufnahme und Entlassung am selben Tag) und insbesondere der sogenannten sonstigen Nulltagesaufenthalte (Nulltagesaufenthalt ohne Tagesklinik–Leistung bzw. medizinische Einzelleistung (**MEL**)). Die Krankenanstalten hatten die sonstigen Nulltagesaufenthalte grundsätzlich dem ambulanten Bereich zuzuordnen. Schon vor Einführung des LKF–ambulant wurde ihre Bepunktung reduziert, um keine Anreize zur stationären Aufnahme zu setzen.

(2) In Kärnten sank die Zahl aller Nulltagesaufenthalte von 2016 auf 2017 von rd. 24.700 um 33 % auf rd. 16.600, im Zeitraum 2016 bis 2021 um 24 % auf rd. 18.900. Österreichweit ging sie von 2016 bis 2021 um 51 % zurück. Besonders stark sanken die Nulltagesaufenthalte ohne codierte medizinische Einzelleistung: österreichweit von 2016 bis 2021 um mehr als zwei Drittel, während Aufenthalte mit einer medizinischen Einzelleistung um 30 % zurückgingen. In Kärnten war der Anteil der Nulltagesaufenthalte ohne codierte medizinische Einzelleistung an allen Nulltagesaufenthalten bereits 2016 mit 15 % vergleichsweise niedrig gewesen (österreichweit 53 %). Er sank bis 2021 auf 11 % (österreichweit 33 %). Der Gesundheitsfonds hatte schon vor 2017 mehrfach Nulltagesaufenthalte auf ihre Notwendigkeit geprüft und z.B. (Darm–)Spiegelungen oder CT–Untersuchungen als typisch ambulante Fälle eingestuft.

(3) Dass die Krankenanstalten Tagesklinik–Leistungen – soweit nicht ein längerer Aufenthalt erforderlich war – alternativ als Nulltagesaufenthalt im stationären Bereich oder als ambulanten Fall abrechnen konnten, begründete das Gesundheitsministerium u.a. mit ähnlichen, aber gegenüber dem stationären Bereich vereinfachten Abläufen bei tagesklinischer und ambulanter Erbringung sowie mit verringertem Dokumentationsaufwand im ambulanten Bereich. Die Möglichkeit zur ambulanten Erbringung nutzten die Krankenanstalten in unterschiedlichem Ausmaß; manchmal seien im ambulanten Bereich noch zu wenig räumliche Ressourcen verfügbar, aber Kapazitäten im stationären Bereich vorhanden. Den Einfluss der Sonderklasse (TZ 16) könne das Gesundheitsministerium mangels Daten nicht analysieren.

Die KABEG beurteilte die Zuordnung von Tagesklinik–Leistungen entweder zum ambulanten oder stationären Bereich als unerheblich und rein abrechnungstechnisch begründet. Die Leistung erbringe in beiden Fällen dieselbe Einheit mit denselben Abläufen. Allerdings bestehe für ambulante Leistungen nur ausnahmsweise eine Deckung durch einen Sonderklasse–Versicherungsvertrag.

15.2 Der RH hielt positiv fest, dass in Kärnten der Anteil der Nulltagesaufenthalte ohne codierte medizinische Einzelleistung an allen Nulltagesaufenthalten bereits 2016 mit 15 % im Österreichvergleich (53 %) sehr niedrig gewesen war und bis 2021 auf 11 % sank.

Hinsichtlich der – möglicherweise auch aufgrund der Sonderklasse–Problematik – wenig genutzten (TZ 9) ambulanten Abrechnung von Tagesklinik–Leistungen verwies der RH auf seine Empfehlung in TZ 17 zur Abrechnung von ambulanten Sonderklassegebühren.

Sonderklasse

Allgemeines

16.1 (1) Im Jahr 2019 – als LKF–ambulant in allen Ländern spätestens umzusetzen war – wurde auch das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten mit der KAKuG–Novelle 2018[36] angepasst. Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens forderten einige Länder – darunter auch Kärnten – die grundsatzgesetzliche Möglichkeit zur Einhebung von Sonderklassegebühren in Ambulanzen (in der Folge: **ambulante Sonderklassegebühren**), um Einnahmenverluste aus der Sonderklasse durch die Verschiebung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich auszugleichen bzw. zu verringern. In der Folge führten die Erläuterungen zur KAKuG–Novelle 2018 u.a. aus, dass die Länder Sonderklassegebühren für bisher stationär erbrachte Leistungen vorsehen konnten, die aufgrund von LKF–ambulant nunmehr ambulant zu erbringen waren. Der Einhebung solcher Sondergebühren hatten adäquate Leistungen gegenüberzustehen.[37]

Laut Gesundheitsministerium hatte der Landesgesetzgeber eine allfällige Einhebung von ambulanten Sonderklassegebühren im jeweiligen Krankenanstalten–Ausführungsgesetz ausdrücklich vorzusehen.

(2) Das Land Kärnten vertrat die Auffassung, dass die – nicht geänderten – §§ 58 bis 60 Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 (K–KAO) durch die allgemein gehaltenen Formulierungen eine hinreichende landesgesetzliche Grundlage für ambulante Sonderklassegebühren boten. Deren Einhebung habe das Land Kärnten den Krankenanstalten durch die Verordnung „Behandlungsgebühren und Arztgebühren an öffentlichen Krankenanstalten“[38] (in der Folge: **Behandlungsgebühren–Verordnung**) gewährt. Die KABEG verwies darüber hinaus auf die Landes–Verordnung betreffend „LKF–, Pflege– und Anstaltsgebühren [...] an den öffentlichen Krankenanstalten Kärntens“ (in der Folge: **Anstaltsgebühren–Verordnung**).[39]

[36] § 27b Abs. 3 KAKuG

[37] Dies führte u.a. medial zur Befürchtung einer daraus resultierenden Bevorzugung von Sonderklassepatientinnen und –patienten (z.B. „fast lane“); siehe dazu https://www.parlament.gv.at/aktuelles/pk/jahr_2018/pk1511 (abgerufen am 10. November 2023).

[38] LGBl. 77/2015 i.d.g.F. gemäß § 60 Abs. 3 und § 61 Abs. 2 K–KAO; Behandlungsgebühren umfassten den Hausanteil (rd. 16 %) und die Arztgebühren (rd. 84 %).

[39] Zuletzt LGBl. 111/2022, gemäß § 60 Abs. 1, § 58 Abs. 2, § 58 Abs. 3 lit. a und § 56 Abs. 6 K–KAO; Anstaltsgebühren betrafen die Hotelkomponente und fielen zur Gänze an die Krankenanstalt.

16.2 Der RH hielt fest, dass die KAKuG–Novelle 2018 zur Umsetzung von LKF–ambulant in den Erläuterungen die Möglichkeit ambulanter Sonderklassegebühren nannte. Während das Gesundheitsministerium dafür eine ausdrückliche landesgesetzliche Regelung als erforderlich ansah, erachtete das Land Kärnten bzw. die KABEG die §§ 58 bis 60 Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 (K–KAO) sowie die Behandlungsgebühren– und die Anstaltsgebühren–Verordnung als ausreichende Grundlagen für die Verrechnung von ambulanten Sondergebühren durch Krankenanstalten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, im Interesse einer einheitlichen Vorgangsweise gemeinsam mit den Ländern die erforderlichen Rechtsgrundlagen für eine ordnungsgemäße Einhebung von ambulanten Sonderklassegebühren durch Krankenanstalten zu klären.

16.3 Das Gesundheitsministerium verwies in seiner Stellungnahme auch auf die Empfehlung in TZ 17 und hielt dazu fest, dass es – wie bereits in den Besprechungen mit dem RH und in ergänzenden Anfragen ausgeführt – den ambulanten Sonderklassegebühren keine oder vernachlässigbar geringe Auswirkungen auf die Weiterentwicklung des LKF–Modells beigemessen habe. Auch eine gemeinsame Klärung erforderlicher Rechtsgrundlagen mit Ländern und Krankenanstaltenträgern sowie eine allfällige Änderung dieser Rechtsgrundlagen würden nicht zwingend zu einer Änderung der Leistungskataloge privater Krankenversicherungen und somit zu Verbesserungen für die Versicherten führen. Aus Sicht des Gesundheitsministeriums seien die Voraussetzungen für eine Anpassung des Leistungsspektrums privater Krankenversicherungen bei der ambulanten Erbringung vormals stationärer bzw. tagesklinischer Leistungen schon gegeben. Dies hätten etwa Teilerfolge bei Verhandlungen zwischen Krankenanstaltenträgern und Versicherungen in einzelnen Ländern bewiesen.

16.4 Der RH wies gegenüber dem Gesundheitsministerium nochmals darauf hin, dass die KAKuG–Novelle 2018 zur Umsetzung von LKF–ambulant zwar in den Erläuterungen die Möglichkeit ambulanter Sonderklassegebühren nannte. Jedoch gab es unterschiedliche Rechtsauffassungen zur Einhebung ambulanter Sonderklassegebühren: Das Gesundheitsministerium hielt eine ausdrückliche Festlegung im jeweiligen Krankenanstalten–Ausführungsgesetz der Länder für erforderlich. Das Land Kärnten bzw. die KABEG hingegen erachtete die bestehenden landesgesetzlichen Bestimmungen sowie zwei darauf basierende Verordnungen als ausreichende Grundlagen. Auch im Interesse der Rechtssicherheit und Transparenz wären daher – unabhängig von konkreten Auswirkungen auf die Weiterentwicklung des LKF–Modells – gemeinsam mit den Ländern die erforderlichen Rechtsgrundlagen für eine ordnungsgemäße Einhebung von ambulanten Sonderklassegebühren durch Krankenanstalten zu klären.

Das Gesundheitsministerium verfügte – unter Hinweis auf die fehlende Rechtsgrundlage für eine ambulante Sonderklasse – auch nicht über Evaluierungen, Studien bzw. ein Monitoring, ob, inwiefern und in welchem Ausmaß „(ambulante) Sonderklassegebühren“ die Weiterentwicklung von LKF–ambulant beeinflussten. Für den RH waren daher die Ausführungen des Gesundheitsministeriums, wonach u.a. die Voraussetzungen für eine Anpassung des Leistungsspektrums privater Krankenversicherungen bei der ambulanten Erbringung vormals stationärer bzw. tagesklinischer Leistungen schon gegeben seien, nicht nachvollziehbar.

Ambulante Sonderklasse und LKF–ambulant

17.1 (1) Private Krankenversicherungen für den stationären Bereich stellten grundsätzlich auf einen stationären Aufenthalt von mindestens 24 Stunden ab. Die Abrechnung z.B. von ambulanten und tagesklinischen Sonderklassegebühren setzte – Selbstzahlerinnen und Selbstzahler ausgenommen – in der Regel auch konkrete Vereinbarungen etwa des Krankenanstaltenträgers mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs[40] bzw. den Privatversicherungen und entsprechende Versicherungsverträge der Patientinnen und Patienten voraus. Übliche Sonderklasseversicherungspolizzen würden laut KABEG den spitalsambulanten Bereich nur ausnahmsweise abdecken.

Die Behandlungsgebühren–Verordnung bzw. die Anstaltsgebühren–Verordnung ermöglichte bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen (z.B. freie Arztwahl, gesonderte Sonderklasseunterbringung, Zeitschriften und Getränke) die Verrechnung von Sonderklassegebühren für definierte ambulante Leistungen in den Bereichen Onkologie, Strahlentherapie und Augenheilkunde. Dies war auch zwischen der KABEG und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs vereinbart.

(2) Zur Frage, ob das Thema „(ambulante) Sonderklassegebühren“ die Weiterentwicklung von LKF–ambulant behindern könnte, gaben das Gesundheitsministerium und das Land Kärnten gegenüber dem RH Folgendes an:

- Laut Gesundheitsministerium wurde LKF–ambulant grundsätzlich ohne Differenzierung der Abrechnungsmöglichkeiten nach Allgemein– oder Sonderklasse weiterentwickelt. In den Krankenanstalten könnte eine mögliche Sonderklasseabrechnung aber einen Anreiz für eine stationäre Aufnahme setzen, weil damit im Vergleich zur ambulanten Behandlung zusätzliche Einnahmemöglichkeiten verbunden wären.

[40] Der Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs vertritt die Interessen aller in Österreich tätigen privaten Versicherungsunternehmen. Er unterstützt seine Mitglieder bei rechtlichen, steuerlichen, wirtschaftlichen und internationalen Angelegenheiten; siehe https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/VVO.html (abgerufen am 10. November 2023).

- Dem Land Kärnten zufolge war aufgrund fehlender bundesgesetzlicher Festlegungen nicht sichergestellt, dass die Sonderklasseabrechnung bei einer Verschiebung von stationär zu ambulant aufrecht blieb. Daher müssten die Krankenanstaltenträger „schwierige Verhandlungen“ mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs führen und bei Verschiebungen bestehe das Risiko teilweiser Erlösausfälle. Bundesgesetzliche Vorgaben, dass bei Verschiebungen von Leistungen in den ambulanten Bereich die Sonderklasseabrechnung aufrecht bleibe, wären zweckmäßig.

Laut KABEG war die ambulante Sonderklasse zur Zeit der Gebarungsüberprüfung von „eher geringer Bedeutung“. So lagen etwa für das Klinikum Klagenfurt die für Onkologie– und Strahlentherapieleistungen verrechneten ambulanten Sonderklassegebühren jährlich zwischen 72.000 EUR (2018) und 120.000 EUR (2021).

(3) Gemäß LKF–ambulant konnten Tagesklinik–Leistungen sowohl tagesklinisch (stationär abgerechnet) als auch ambulant erbracht werden. Bei einem Aufenthalt unter 24 Stunden konnten Sonderklassegebühren u.a. bei „verweildauerunabhängigen Leistungen“ (z.B. Adenotomie, Curettage oder Konisation[41]) verrechnet werden; dies unter bestimmten Voraussetzungen, etwa Bereitstellen eines Sonderklassezimmers ab Aufnahme oder freier Arztwahl nach Maßgabe der Möglichkeiten.

Laut KABEG würden sonderklasseversicherte Patientinnen und Patienten bei tagesklinisch (stationär abgerechnet) erbrachten Leistungen oftmals auf ihren „Sonderklassestatus“ verzichten und stattdessen die Ersatzleistung der privaten Krankenversicherung beanspruchen. Dies zeige sich auch an dem gegenüber dem (voll–) stationären Bereich geringeren Sonderklasseanteil der Tageskliniken; dieser betrage selbst in Abteilungen mit „relativ hoher“ Sonderklasse–Inanspruchnahme wie der Unfallchirurgie oder der Urologie im Klinikum Klagenfurt nur 3 % bzw. 2 % (gegenüber stationär: 10 % bzw. 13 %). Eine Auswertung von beispielhaft ausgewählten (häufigen) rd. 20 Tagesklinik–Leistungen[42] ergab, dass diese etwa im Klinikum Klagenfurt 2021 insgesamt rd. 13.100 Mal erbracht wurden, davon rd. 530 Mal in der Sonderklasse. Für tagesklinisch erbrachte Sonderklasseleistungen im Klinikum Klagenfurt rechnete die KABEG im Jahr 2021 Sonderklassegebühren von insgesamt rd. 155.000 EUR ab.

(4) Im Jahr 2021 verfügten 2,15 Mio. Menschen in Österreich bzw. rd. 156.100 in Kärnten über eine private Krankenversicherung für Krankenhauskosten, davon

[41] Adenotomie: Entfernung der Rachenmandel; Curettage: Ausschabung der Gebärmutter; Konisation: Entnahme eines kegelförmigen Gewebestücks aus Muttermund oder Gebärmutterhals

[42] z.B. Curettage, Adenotomie, Konisation, Vorhautbeschneidung

1,55 Mio. (Österreich) bzw. 116.500 (Kärnten) mit (stationärer) „Vollkostendeckung“[43] und 0,60 Mio. bzw. 39.600 mit Ausschnittsdeckung[44].

Die Entwicklung im Bereich (stationäre) Vollkostendeckung stellte sich 2016 bis 2021 wie folgt dar:

Tabelle 4: Versicherte mit privater Krankenversicherung für Krankenhauskosten

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Veränderung 2016 bis 2021
(stationäre) Vollkostendeckung	Anzahl in Mio.						in %
Österreich	1,21	1,26	1,42	1,46	1,50	1,55	28,0
	Anzahl						
davon in Kärnten	*95.178*	*98.029*	*109.438*	*111.099*	*113.095*	*116.481*	*22,4*
Anteil an der Bevölkerung[1]	in %						in %–Punkten
Österreich	13,8	14,3	16,0	16,5	16,9	17,3	3,4
davon in Kärnten	*17,0*	*17,5*	*19,5*	*19,8*	*20,2*	*20,7*	*3,7*

Rundungsdifferenzen möglich Quellen: Jahresberichte Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs

[1] Der Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs zog in seinen Jahresberichten jeweils die Bevölkerung Österreichs laut Statistik Austria zur Jahresmitte heran.

Von 2016 bis 2021 stieg der Anteil der Versicherten, die eine private Krankenversicherung mit (stationärer) Vollkostendeckung besaßen, gemessen an der Bevölkerung in Österreich von 13,8 % auf 17,3 %, in Kärnten von 17,0 % auf 20,7 %.

(5) Evaluierungen, Studien bzw. ein Monitoring ob, inwiefern und in welchem Ausmaß „(ambulante) Sonderklassegebühren“ die Weiterentwicklung von LKF–ambulant beeinflussten, konnte das Gesundheitsministerium nicht vorlegen. Dies u.a. mit der Begründung, dass weder das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) noch die Landeskrankenanstaltengesetze für den spitalsambulanten Bereich eine Sonderklasse bzw. die Einhebung von Gebühren vorsahen und es hier grundsätzlich keine Sonderklasse gebe.

Ebenso habe es keine „Folgeaktivitäten“ zu den 2019 getroffenen Festlegungen im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit gegeben. Aufgrund einer Entschließung des Bundesrates vom Dezember 2018[45] im Zusammenhang mit der KAKuG–Novelle 2018 und der dadurch diskutierten „Zweiklassenmedizin im spitalsambulanten Bereich“ sollten u.a. allfällige ambulante Sondergebührenregelungen in den Ländern bzw. auf

[43] Bei der Vollkostendeckung waren sämtliche stationären Verträge („Sonderklasse im Spital“) umfasst: mindestens 24–Stunden–Aufenthalte sowie allenfalls tagesklinische und spitalsambulante Leistungen, in Ausnahmefällen auch Privatarzttarife.

[44] Dabei deckte die private Krankenversicherung nur einen Teilbereich ab, z.B. nur schwere Unfälle oder Erkrankungen.

[45] 257/E–BR/2018

Ebene der Krankenanstaltenträger gesichtet, geprüft bzw. erhoben werden; die Prüfung der rechtlichen Möglichkeiten von Datenerhebungen (Sonderklasse–Status) sei – so die Festlegungen – noch zu diskutieren. Laut Gesundheitsministerium verfügte es über solche Daten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht; sie seien diesem zufolge für die Weiterentwicklung u.a. von LKF–ambulant auch nicht erforderlich.

17.2 Der RH hielt fest, dass die KABEG ambulante Sonderklassegebühren für definierte Onkologie– und Strahlentherapieleistungen auf Basis der Behandlungsgebühren– bzw. der Anstaltsgebühren–Verordnung und auf Basis von Vereinbarungen der KABEG mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs verrechnete – etwa das Klinikum Klagenfurt im Jahr 2021 120.000 EUR. Tagesklinik–Leistungen – als Potenzial für weitere Verschiebungen in den ambulanten Bereich – erbrachte das Klinikum Klagenfurt ebenfalls nur in geringem Ausmaß in der Sonderklasse. Der RH wies darauf hin, dass private Krankenversicherungen für den stationären Bereich grundsätzlich auf einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden abstellten.

Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium, das Land Kärnten und die KABEG unterschiedliche Rechtsauffassungen zur möglichen Verrechnung von ambulanten Sonderklassegebühren (TZ 16) vertraten, wobei das Gesundheitsministerium auf die fehlende, aber erforderliche gesetzliche Grundlage verwies, um für den spitalsambulanten Bereich die Einhebung von Sonderklassegebühren vorzusehen. Da es mangels Rechtsgrundlage keine ambulante Sonderklasse gebe, verfügte das Gesundheitsministerium auch nicht über Evaluierungen, Studien bzw. ein Monitoring, ob, inwiefern und in welchem Ausmaß „(ambulante) Sonderklassegebühren“ die Weiterentwicklung von LKF–ambulant beeinflussten.

Im Interesse einer abgestimmten Vorgangsweise empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern und den Krankenanstaltenträgern u.a. zu erheben, ob, auf Basis welcher rechtlichen Grundlagen und für welche Leistungen Krankenanstalten ambulante Sonderklassegebühren abrechneten. Daraus wären allfällige Hindernisse bzw. Potenziale für die Weiterentwicklung von LKF–ambulant zu identifizieren.

Der RH wiederholte seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern die erforderlichen Rechtsgrundlagen für eine ordnungsgemäße Einhebung von ambulanten Sonderklassegebühren durch Krankenanstalten zu klären (TZ 16).

17.3 Das Gesundheitsministerium gab hierzu die inhaltsgleiche Stellungnahme ab wie zu TZ 16.

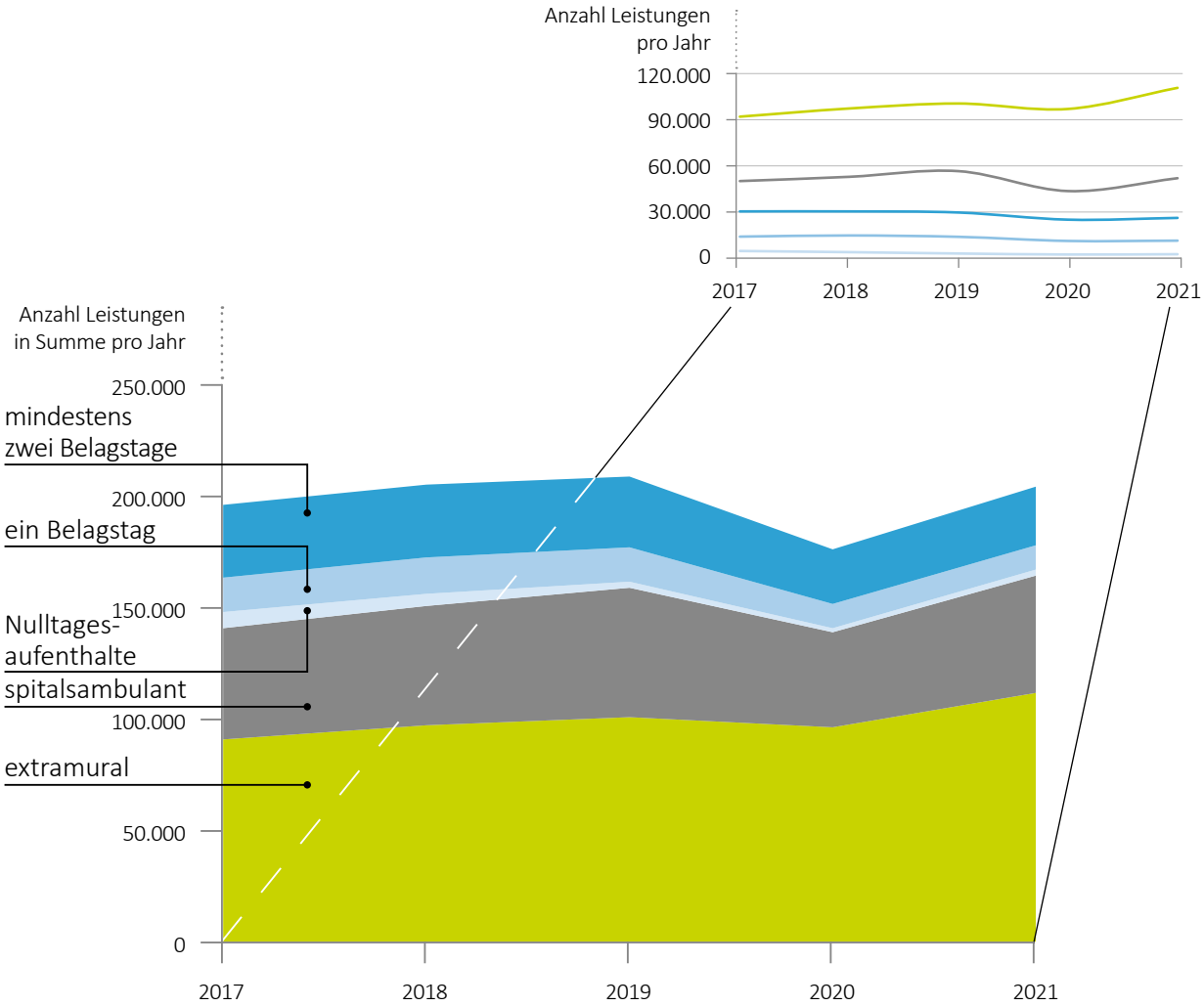
17.4 Der RH verwies auf seine Gegenäußerung in TZ 16.

Sektorenübergreifende ambulante Versorgung

Erbringung ausgewählter Leistungen

18.1 (1) Viele spitalsambulant erbrachte Leistungen waren auch im niedergelassenen Bereich erbringbar. Der RH wählte als Beispiel für Leistungen, die in beiden Bereichen häufig durchgeführt wurden, die Koloskopie („Darmspiegelung“):

Abbildung 4: Koloskopien in Österreich



Quelle: DIAG; Darstellung: RH

55 % aller Koloskopien[46] wurden – mit steigender Tendenz seit 2017 – in Österreich im Jahr 2021 im extramuralen Bereich erbracht, 26 % spitalsambulant, 1 % als Nulltagesaufenthalt, 5 % als Eintagesaufenthalt und 13 % als mindestens zweitägiger Aufenthalt. In Kärnten wurden von rd. 13.000 Koloskopien im Jahr 2021 50 % extramural erbracht, 23 % spitalsambulant (beides mit steigender Tendenz seit 2017), vereinzelt welche als Nulltagesaufenthalt, 10 % als Eintagesaufenthalt und 17 % mit zwei oder mehr Belagstagen.

Zwischen den Ländern zeigten sich deutliche Unterschiede: Während in der Steiermark im Jahr 2021 25 % der Koloskopien im niedergelassenen Bereich erbracht wurden, waren es in Niederösterreich und Wien mindestens 72 %. In diesen beiden Ländern wurden nur 12 % bis 14 % spitalsambulant erbracht, in der Steiermark hingegen 50 %.

(2) Als Beispiele für weitere im niedergelassenen Bereich erbringbare Leistungen nannte die KABEG u.a. Wundversorgung, Abklärungsuntersuchungen vor Operationen (präoperative Diagnostik) oder kleinere operative Eingriffe. Sie sah die Gründe für die Erbringung im spitalsambulanten Bereich z.B. auch in einem nicht ausreichenden extramuralen Versorgungsangebot oder im Bestreben der Patientinnen und Patienten nach „Vollabklärung“ ihrer Symptome an einem Ort ohne Wartezeiten auf Facharzttermine.

(3) Eine Verlagerung von Leistungen war dann anzustreben, wenn diese bei zumindest gleicher Qualität in einem anderen Bereich gesamtwirtschaftlich günstiger erbracht werden konnten („Best Point of Service“). Der RH geht in TZ 20 bis TZ 25 auf ausgewählte potenziell spitalsentlastende Maßnahmen ein.[47]

Das Gesundheitsministerium verwies zur Frage, ob es Studien oder Evaluierungsergebnisse zur spitalsentlastenden Wirkung solcher Maßnahmen gebe, auf Limitierungen aufgrund der Datenlage. Beispiele aus anderen Ländern – etwa Dänemark – zeigten, dass eine abgestufte Versorgung im Wesentlichen dann funktioniere, wenn der Allgemeinmedizin eine uneingeschränkte Lotsenfunktion zukomme und sie an andere Leistungserbringer zuweisen könne.

Auch der Gesundheitsfonds verfügte nicht über Berechnungen, in welchem Umfang potenziell spitalsentlastende Maßnahmen tatsächlich eine Entlastung der Krankenanstalten bewirkten.

---

46 Im stationären Bereich berücksichtigte der RH nur die im Rahmen einer Hauptdiagnosegruppe abgerechneten Koloskopien (um „Begleitkoloskopien“ z.B. bei Darmoperationen auszuschließen).

47 Weitere in Kärnten auch zu diesem Zweck gesetzte Maßnahmen wie mobile Palliativteams – diese betreuen und versorgen schwer bzw. unheilbar kranke Menschen z.B. mit optimaler Schmerztherapie – oder mobile und telemedizinische Betreuung von Menschen mit Herzproblemen (Herz–Mobil) führt der RH im Sinne einer Fokussierung nicht näher aus.

Der Kärntner Landesrechnungshof[48] hatte der KABEG und dem Land Kärnten empfohlen, Strategien zur Entlastung der Krankenanstalten bei Leistungen zu forcieren, die nicht in deren Kern–Leistungsspektrum lagen.

18.2 Der RH hielt fest, dass in Kärnten Koloskopien mit 27 % öfter stationär (zumindest ein Belagstag) durchgeführt wurden als österreichweit (18 %). Zwischen den Ländern gab es bei der Koloskopie große Unterschiede im Ort der Leistungserbringung.

Der RH hielt weiters fest, dass weder das Gesundheitsministerium noch der Gesundheitsfonds über Berechnungen oder Evaluierungsergebnisse verfügte, in welchem Umfang als spitalsentlastend definierte Maßnahmen tatsächlich eine Entlastung der Krankenanstalten bewirkten.

Der RH verwies dazu auf seine Empfehlungen in TZ 24 und TZ 25, die Gesundheitsberatung 1450 und die Hausärztlichen Bereitschaftsdienste auf ihre mögliche spitalsentlastende Wirkung zu prüfen.

18.3 Die ÖGK stimmte in ihrer Stellungnahme den Ausführungen des RH zu den – aufgrund der verschiedenen Versorgungsstrukturen – deutlichen Unterschieden in vielen Bereichen zwischen den Ländern zu. Für die ÖGK bleibe aber im Hinblick auf die vom RH erhobenen Zahlen zu Koloskopien offen, ob der RH nur die kurativen Koloskopien oder auch die Vorsorgekoloskopien berücksichtigt habe. Die ÖGK habe mit mehreren Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenträgern u.a. auch in der Steiermark vereinbart, Vorsorgekoloskopien zu erbringen. Obwohl diese Leistungen Krankenanstalten erbringen würden, honoriere sie die ÖGK als Einzelleistungen.

18.4 Der RH merkte gegenüber der ÖGK an, dass er in seiner Auswertung die Leistung HH510 „Koloskopie“ (unter Ausschluss von „Begleitkoloskopien“ etwa bei Darmoperationen) berücksichtigte und „Untersuchungen gemäß nationalem Vorsorgeprogramm“ nicht enthalten waren. Ob und gegebenenfalls in welchem Ausmaß als HH510 codierte Koloskopien ausschließlich „zum Zweck der Vorsorge“ erbracht wurden, war aus den Daten nicht ersichtlich. Auch ging es dem RH in seiner Darstellung nicht um die Frage der Honorierung der Koloskopien, sondern vorrangig um Transparenz zum Ort der Leistungserbringung (Krankenanstalt stationär oder ambulant bzw. niedergelassener Bereich).

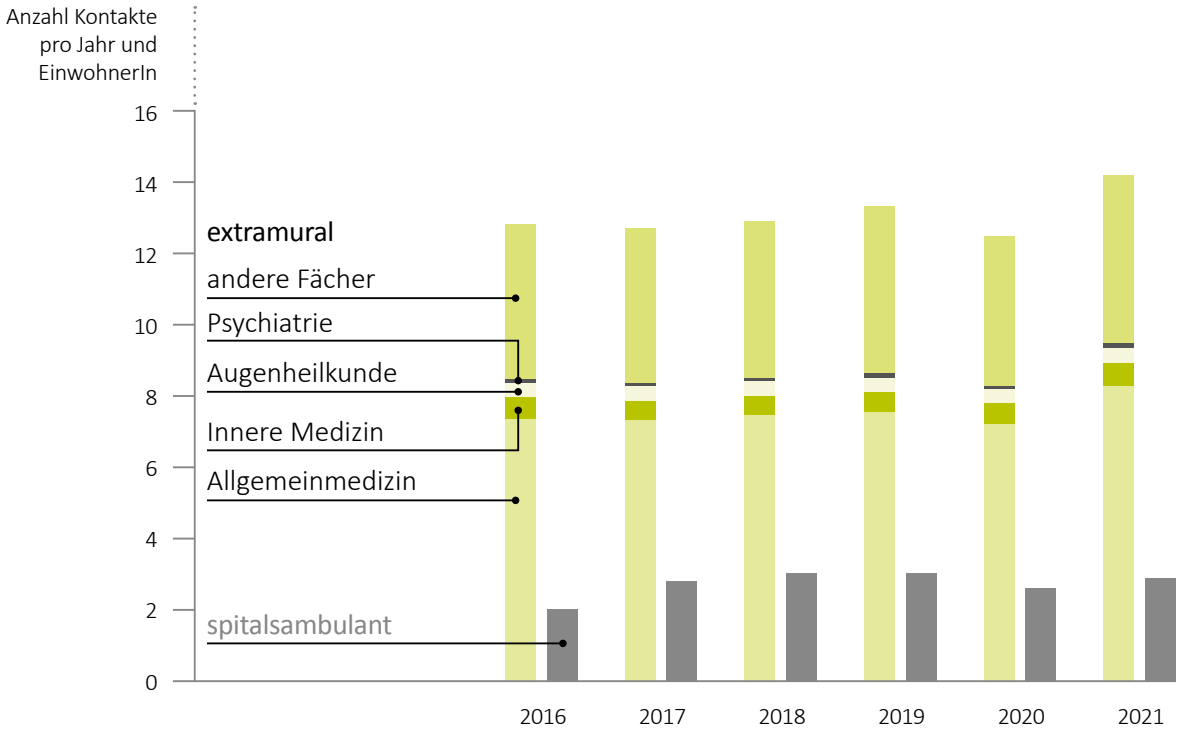
[48] „Finanzierung der Krankenanstalten des Landes Kärnten“ (LRH–GUE–2/2020, TZ 31)

Versorgung im niedergelassenen Bereich

19.1 (1) Österreichweit stiegen die Kontakte bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (in der Folge: **extramurale Kontakte**) von 2016 bis 2021 um 7 % auf 114,06 Mio., in Kärnten um 12 % auf 8,00 Mio. Kontakte. Auf eine Einwohnerin bzw. einen Einwohner entfielen in Kärnten im Jahr 2016 durchschnittlich 12,8 extramurale Kontakte, im Jahr 2021 14,2 und damit jeweils mehr als im Österreichdurchschnitt (2021: 12,8). Der Bezirk St. Veit an der Glan verzeichnete 2021 16,5 extramurale Kontakte, Klagenfurt Stadt hingegen 13,2. Wie sich Kontakte bei Nicht–Vertragspartnern (z.B. Wahlärztinnen und Wahlärzten) auswirkten, konnte der RH mangels Daten nicht beurteilen. Auffällig war die im Österreichvergleich geringe Zahl an Kontakten bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten z.B. in Bregenz, Graz oder Wien. Laut RSG Kärnten 2025 entfielen im Durchschnitt 12,4 % aller Kontakte im niedergelassenen Bereich auf den Wahlarztbereich.

(2) Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl der jährlichen spitalsambulanten Kontakte je Einwohnerin bzw. Einwohner in Kärnten im Vergleich zu den extramuralen Kontakten und bei diesen die Aufteilung auf die Fächer Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Augenheilkunde und Psychiatrie:

Abbildung 5: (Spitals–)Ambulante Kontakte in Kärnten 2016 bis 2021 je Einwohnerin bzw. Einwohner



Bei den extramuralen Kontakten berücksichtigte der RH nur Vertragsärztinnen und Vertragsärzte; die spitalsambulanten Kontakte enthalten auch jene nicht anwesender Patientinnen und Patienten (z.B. Labor).

Quelle: DIAG; Darstellung: RH

Die Zahl der jährlichen spitalsambulanten Kontakte je Einwohnerin bzw. Einwohner stieg von 2016 bis 2021 von 2,0 auf 2,9, wobei sie 2019 vor dem (pandemiebedingten) Rückgang mit 3,1 pro Jahr höher war. Im extramuralen Bereich fiel der Rückgang von 2019 auf 2020 mit 6 % geringer aus als im spitalsambulanten Bereich, außerdem stiegen die Kontakte von 2020 auf 2021 um 14 % an. Mit Ausnahme des Jahres 2016 lag die Zahl der jährlichen spitalsambulanten Kontakte je Einwohnerin bzw. Einwohner in Kärnten jeweils etwas höher als in Österreich: Im Jahr 2021 waren es 2,9 Kontakte in Kärnten und 2,6 österreichweit. Mit 3,5 Kontakten suchte die Bevölkerung von Klagenfurt am Wörthersee im Jahr 2021 in Kärnten am häufigsten eine Spitalsambulanz auf.

Von den jährlichen extramuralen Kontakten in Kärnten entfielen 2021 mehr als 58 % auf die Allgemeinmedizin, bei der sich die Zahl der Kontakte im Zeitraum 2016 bis 2021 um 12 % auf 8,3 erhöhte. Eine stärkere Erhöhung gab es mit mehr als 22 % bei der Psychiatrie, allerdings auf niedrigem Niveau mit 0,11 Kontakten pro Jahr. Die Zahl der Kontakte in der Inneren Medizin stieg von 0,57 im Jahr 2016 auf 0,67 im Jahr 2021, jene in der Augenheilkunde blieb im Wesentlichen stabil bei 0,40 Kontakten.

(3) Die folgende Tabelle stellt dar, wie sich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich im Zeitraum von 2016 bis 2020[49] in Kärnten entwickelte:

Tabelle 5: Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich in Kärnten

Fach		2016	2020		Veränderung ÄrztInnen 2016 bis 2020	Veränderung Vertragsärztinnen 2016 bis 2020
		ÄrztInnen		davon VertragsärztInnen		
		Anzahl		in %		
alle Fächer (inklusive Zahnmedizin)		1.264	1.317	51	4	7
davon	*Allgemeinmedizin*	*448*	*451*	*59*	*1*	*4*
	Augenheilkunde	*42*	*50*	*62*	*19*	*15*
	Innere Medizin	*93*	*92*	*28*	*-1*	*18*
	Psychiatrie	*29*	*33*	*33*	*14*	*22*

Quelle: ÖGK; Zusammenstellung: RH

Sowohl in allen Fächern als auch in den vier ausgewählten stieg die Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte von 2016 bis 2020 an. Ihr Anteil an der Zahl aller in Kärnten tätigen Ärztinnen und Ärzte war unterschiedlich – in der Allgemeinmedizin

[49] Für das Jahr 2021 standen zum Zeitpunkt der Auswertung noch keine Daten zu Wahlärztinnen und Wahlärzten zur Verfügung. Bei deren Anzahl – sie sind in Tabelle 5 enthalten – handelt es sich um die Differenz zwischen allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und jenen mit Kassenvertrag. Das heißt, es wird nicht berücksichtigt, ob diese Ärztinnen und Ärzte zusätzlich zu ihrer Wahlarztpraxis z.B. unselbstständig tätig sind oder als Betriebs– oder Schulärztinnen und –ärzte keine Ordinationsstätte betreiben.

59 %, in der Inneren Medizin 28 %. Wahlärztinnen und Wahlärzte waren nicht zur umfassenden Versorgung der Bevölkerung verpflichtet. Ende 2017 waren 44 % aller Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Einzelpraxen in Kärnten über 60 Jahre alt.[50]

Die Verteilung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auf die beiden Kärntner Versorgungsregionen Ost und West entsprach in vielen Fächern annähernd dem Bevölkerungsanteil (61 % zu 39 %); eine Ausnahme bildete die Psychiatrie, in der 80 % der Fachärztinnen und Fachärzte in der Versorgungsregion Ost ansässig waren. Die Kärntner Bevölkerung wuchs von 2016 bis 2021 um 0,30 % auf über 562.000 Personen.

(4) Während die Erstversorgung in Krankenanstalten grundsätzlich rund um die Uhr auch am Wochenende gewährleistet war, verteilten sich die Ordinationsstunden in der Allgemeinmedizin österreichweit von Montag bis Freitag zu 65 % auf den Vormittag und zu 27 % auf die Zeit von 12:00 Uhr bis 17:59 Uhr (Stand März 2018). In Kärnten waren nur 14 % der Ordinationen am Nachmittag geöffnet.[51]

Eine Auswertung von extramuralen Kontakten nach Uhrzeit war nicht möglich, weil gemäß der Vereinbarung zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer über die Handhabung der e–card[52] der sogenannte Zeitstempel – vereinfacht: Zeitpunkt, in dem die e–card in der Ordination gesteckt wird – nicht an die Sozialversicherungsträger weitergegeben wurde. Daher waren für die Versorgungsplanung wichtige Daten, wie etwa das Patientenaufkommen zu Tagesrandzeiten, nicht verfügbar, und es war z.B. nicht beurteilbar, wie weit Öffnungszeiten in Ordinationen dem tatsächlichen Bedarf entsprachen.

(5) Die GÖG stellte etwa 2017[53] für Österreich eine steigende Krankenhaushäufigkeit auf ohnedies höchstem Niveau bei vergleichsweise sehr hoher Ärztedichte fest. Sie führte als mögliche Gründe bzw. Begleitumstände z.B. eine fehlende Patientensteuerung, teure Parallelstrukturen und Mehrfachleistungen sowie eine Orientierungslosigkeit der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem und unterdurchschnittliche Gesundheitskompetenz der Bevölkerung an.

19.2 Der RH hielt fest, dass

- die Kontakte bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im Zeitraum 2016 bis 2021 österreichweit um 7 % und in Kärnten um 12 % stiegen,

50 RH–Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30, TZ 20, TZ 25)

51 RH–Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30, TZ 23)

52 Gesamtvertragliche e–card–Vereinbarung mit der Bundeskurie niedergelassene Ärzte, https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.846057&portal=svportal (abgerufen am 10. November 2023)

53 https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715474&version=1506077809 (abgerufen am 10. November 2023)

- die spitalsambulanten Kontakte je Einwohnerin bzw. Einwohner in Kärnten im Zeitraum 2016 bis 2021 von jährlich durchschnittlich 2,0 auf 2,9,
- die extramuralen Kontakte je Einwohnerin bzw. Einwohner in Kärnten von jährlich durchschnittlich 12,8 auf 14,2 und
- die Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Kärnten im Zeitraum 2016 bis 2020 um 7 % stieg, wenngleich deren Anteil an allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in den einzelnen Fächern sehr unterschiedlich war. Die Kärntner Bevölkerung blieb im selben Zeitraum nahezu unverändert.

Der RH kritisierte, dass die Sozialversicherungsträger aufgrund einer Vereinbarung mit der Österreichischen Ärztekammer mangels entsprechender Daten den genauen Zeitpunkt der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich nicht analysieren konnten.

Angesichts der im Zeitraum 2016 bis 2021 gestiegenen spitalsambulanten und extramuralen Kontakte, der fehlenden Daten zum Wahlarztbereich und der nicht verfügbaren Daten zur zeitlichen Inanspruchnahme der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte waren allfällige Leistungsverschiebungen zwischen spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich sowohl insgesamt als auch zeitlich differenziert (z.B. Tagesrandzeiten) nicht umfassend beurteilbar.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und der ÖGK, auf eine Verbesserung der Datenlage im extramuralen Bereich hinzuwirken. Dafür wären insbesondere Daten zur Beurteilung der Versorgungswirksamkeit des Wahlarztbereichs und der zeitlichen Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Leistungen zweckmäßig.

Ergänzend verwies der RH auf die Empfehlung u.a. an das Gesundheitsministerium in seinem Bericht „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“, im Sinne einer Leistungserbringung am „Best Point of Service“ für die notwendigen Anpassungen im niedergelassenen Bereich bei der Angebotsplanung, der Leistungsdefinition, bei den Tarifen und bei der Qualitätssicherung zu sorgen.[54]

19.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei die geplante verpflichtende Diagnosendokumentation auf Basis von ICD schrittweise so umzusetzen, dass eine entsprechende Dokumentation auch im niedergelassenen Bereich sowohl durch die Vertragspartnerinnen und Vertragspartner der Sozialversicherung als auch durch Nicht–Vertragspartner (Wahlärztinnen und Wahlärzte) sichergestellt sei. Zur Verbesserung der Planungs– und Qualitätsarbeit sollten auch alle Ärztinnen bzw. Ärzte ohne Vertrag mit der Sozialversicherung an das e–card–System angebunden werden.

[54] Reihe Bund 2016/3, TZ 24

(2) Die ÖGK teilte in ihrer Stellungnahme mit, eine Verbesserung der Datenlage im extramuralen Bereich anzustreben. Dabei sollten auch die Versorgungswirksamkeit des Wahlarztbereichs und die zeitliche Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Leistungen berücksichtigt werden. Die ÖGK begrüße die vom RH empfohlene Auswertungsmöglichkeit der Uhrzeiten der ärztlichen Konsultationen im niedergelassenen Bereich, um die Versorgung bzw. die zukünftige Planung der Versorgung zu verbessern. Diesbezüglich sei einerseits eine Änderung der „Gesamtvertraglichen e–card–Vereinbarung mit der Bundeskurie niedergelassene Ärzte" erforderlich, weil zur Zeit der Stellungnahme die Übermittlung der Uhrzeit der e–card–Konsultation an die Sozialversicherungsträger ausgeschlossen sei. Andererseits sei es notwendig, den Datensatz zum Austausch mit Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern zu adaptieren, um die Uhrzeit der tatsächlichen Leistungserbringung übermitteln zu können. Beide Punkte habe die Österreichische Ärztekammer in der Vergangenheit abgelehnt.

Primärversorgungseinheiten

Überblick

20.1 (1) Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 bzw. 2022–2023 (geplante Umsetzung bis Ende 2023)[55] sah u.a. als strategisches Ziel 1 die „Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes" vor. Das operative Ziel 1.1 dazu lautete „Primärversorgungsmodelle auf– und ausbauen". Als Maßnahmen war u.a. vorgesehen, die für den Auf– und Ausbau der PVE erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen und bei der Information zur Primärversorgung und bei der Gründung von PVE strukturiert zu unterstützen.

(2) Das im Jahr 2017 beschlossene Primärversorgungsgesetz[56] schuf die auf Bundesebene notwendigen Voraussetzungen für den Auf– und Ausbau von PVE. Demnach war eine PVE eine Erstanlaufstelle im Gesundheitssystem: Sie hatte insbesondere Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention von Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akut– und chronischen Erkrankungen bereitzustellen. Das für eine PVE erforderliche Kernteam sollte sich aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits– und Krankenpflege zusammensetzen. Zusätzlich konnten nach Bedarf andere Gesundheitsberufe wie etwa Hebammen integriert werden, orts– und bedarfsabhängig auch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder– und Jugendheilkunde.

[55] Für PVE wurde – laut Gesundheitsministerium ein redaktionelles Versehen – ein Umsetzungsziel bis Ende 2021 beibehalten.

[56] BGBl. I 131/2017 i.d.g.F.

PVE konnten an einem einzelnen Standort als Primärversorgungszentrum – in Form einer Gruppenpraxis oder eines selbstständigen Ambulatoriums – betrieben werden oder an mehreren Standorten als Primärversorgungsnetzwerk (TZ 21). PVE sollten eine Erweiterung der allgemeinmedizinischen Hausarztpraxen darstellen. Neben dem zusätzlichen Angebot an Gesundheitsdienstleistungen sollten sie sich vor allem durch verlängerte Öffnungszeiten, gute Erreichbarkeit und Wohnortnähe sowie durch ärztliche Anwesenheit von Montag bis Freitag auch an Tagesrandzeiten und Erreichbarkeit außerhalb der Öffnungszeiten hervorheben.

(3) Eine PVE musste im jeweiligen RSG abgebildet sein. Zudem sahen § 342 Abs. 1a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz[57] und der Gesamtvertrag für PVE (TZ 22) vor, dass im Stellenplan[58] die PVE – sofern nicht als Ambulatorien geplant – samt Standort und Primärversorgungstyp (Zentrum oder Netzwerk) anzuführen waren. Zusätzlich war u.a. die Anzahl jener Kassenplanstellen regional festzulegen, die in die PVE übergeführt werden sollten. Der für Kärnten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Stellenplan der ÖGK aus 2019 wies in einer Fußnote drei zusätzliche Stellen für eine PVE in Villach aus. Weitere Angaben zu dieser PVE waren nicht enthalten und andere geplante PVE in Kärnten nicht angeführt, obwohl die RSG Kärnten 2020 und 2025 die Errichtung von sechs bzw. fünf PVE vorsahen (TZ 21). Seit April 2021 war eine PVE in der Stadt Klagenfurt am Wörthersee (in der Folge: **PVE Klagenfurt**) in Betrieb.

(4) Nach Abschluss der Gebarungsüberprüfung beschloss der Nationalrat im Juli 2023 eine Novelle des Primärversorgungsgesetzes; dies mit dem Ziel, die Gründung von PVE zu vereinfachen und damit zu beschleunigen.

20.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass der Stellenplan der ÖGK für Kärnten die gesetzlich vorgesehenen Inhalte für PVE nicht erfüllte. So war die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung einzige PVE in Kärnten im Stellenplan ebenso wenig abgebildet wie die weiteren im RSG Kärnten 2025 geplanten PVE. Auch entsprach die Darstellung der PVE in Villach im Stellenplan nicht den gesetzlichen Vorgaben.

Der RH empfahl der ÖGK, auf einen vollständigen und aktuellen Stellenplan entsprechend den gesetzlichen Vorgaben für PVE hinzuwirken.

20.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Der Stellenplan solle entsprechend den gesetzlichen Vorgaben adaptiert werden.

[57] BGBl. 189/1955 i.d.g.F.

[58] Dieser legte die Zahl und örtliche Verteilung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte fest und war Teil der zwischen Sozialversicherung und Ärztekammer abzuschließenden Gesamtverträge. Diese waren bis Ende 2019 zwischen dem Hauptverband und der örtlich zuständigen Landesärztekammer mit Zustimmung des betroffenen Krankenversicherungsträgers abzuschließen, seit 1. Jänner 2020 bundeseinheitlich zwischen dem jeweiligen Krankenversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer.

Umsetzung der Ziel– bzw. Planungsvorgaben

21.1 (1) Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 bzw. 2022–2023 sah österreichweit die Einrichtung von 75 PVE[59] – sofern in den RSG abgebildet – bis Ende 2021 vor.

Mitte Mai 2023 stellte sich der Umsetzungsstand in den einzelnen Ländern laut der vom Gesundheitsministerium betriebenen Website „PVE–Landkarte“ wie folgt dar:

Tabelle 6: Primärversorgungseinheiten in Österreich (Stand Mitte Mai 2023)

bis 2021 geplante PVE		bereits errichtete PVE[2]	Umsetzungs-stand	zum 31. Dezember 2021 in PVE versorgte Bevölkerung[3]
Land	Zielwert 2021[1]	Stand Mitte Mai 2023	in %	
Burgenland	3	1	33	2,8
Kärnten	**5**	**1**	**20**	**1,4**
Niederösterreich	14	6	43	5,1
Oberösterreich	13	10	77	2,9
Salzburg	5	2	40	2,2
Steiermark	11	9	82	6,5
Tirol	6	0	0	0
Vorarlberg	3	0	0	0
Wien	16	11	69	3,0
Österreich (Summe)	**75[4]**	**40**	**53**	**3,3**

PVE = Primärversorgungseinheiten Quellen: BMSGPK; GÖG

1 laut Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 bzw. 2022–2023
2 siehe https://primaerversorgung.gv.at/standorte-pve-landkarte (abgerufen am 17. Mai 2023)
3 bezogen auf die innerhalb des jeweiligen Landes versorgte Bevölkerung
4 Die Berechnung der Zielwerte auf Landesebene erfolgte laut Gesundheitsministerium auf Basis der Bevölkerung. Um ganze Zahlen zu erhalten, sei pro Land kaufmännisch gerundet worden, somit würden sich bei Zusammenzählung österreichweit 76 PVE ergeben.

In Tirol und Vorarlberg waren Mitte Mai 2023 keine PVE errichtet, in Kärnten waren 20 % der geplanten PVE umgesetzt. Oberösterreich, die Steiermark und Wien hatten bereits (deutlich) mehr als die Hälfte der Zielvorgaben erfüllt, das Burgenland, Niederösterreich und Salzburg weniger als die Hälfte. Die „in PVE versorgte Bevölkerung“ war eine im Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 bzw. 2022–2023 enthaltene Messgröße zur Evaluierung der PVE–Entwicklung in Österreich. Als Zielvorgabe war ein steigender Trend dieser Größe vorgesehen. In Kärnten wurden laut Monitoringbericht Zielsteuerung–Gesundheit 2022 der GÖG Ende Dezember 2021 1,4 % der Bevölkerung im PVE Klagenfurt versorgt.

59 Art. 31 Abs. 1 der Reformvereinbarung 2017 spricht von einem Mindestwert („zumindest“) von 75 PVE.

(2) Im RSG Kärnten 2020 waren sechs PVE geplant, im RSG Kärnten 2025 in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Bundes–Zielsteuerungsvertrags 2017–2021 fünf PVE. Der RSG Kärnten 2025 nannte als Umsetzungsziel für PVE einerseits das Jahr 2021 und andererseits den Planungshorizont 2025. Im März 2020 beschloss die Landes–Zielsteuerungskommission Kärnten, die fünf geplanten PVE bis zum Ende des Jahres 2022 wie folgt zu realisieren: bis Ende 2020 die PVE Klagenfurt, bis Ende 2021 die PVE Völkermarkt und Wolfsberg sowie im Jahr 2022 die PVE Villach und Spittal an der Drau.

(3) Die ÖGK schrieb im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Kärnten im Juli 2019 eine „Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin als Grundlage für ein Primary Health Care Zentrum“[60] in der Stadt Klagenfurt am Wörthersee aus. Laut ÖGK habe es nur ein Bewerberteam gegeben und sei dieses „Pilotprojekt“ nicht nach § 14 Primärversorgungsgesetz[61] ausgeschrieben worden.

(4) Im Unterschied zu PVE an einem Standort (Primärversorgungszentrum) führten bei einem Primärversorgungsnetzwerk die Ärztinnen und Ärzte eigene Ordinationen an verschiedenen Standorten und arbeiteten in strukturierter Weise zusammen. Eine Präferenz des Gesetzgebers für eine der beiden Betriebsformen war nicht erkennbar. Gemäß den Erläuterungen zu § 2 Primärversorgungsgesetz würden sich Primärversorgungsnetzwerke eher im ländlichen Raum etablieren, seien aber auch im urbanen Bereich möglich. Die Erläuterungen zu § 342 Abs. 1a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz führten u.a. aus, dass Primärversorgungsnetzwerke auch als Überbrückungslösung für geplante Primärversorgungszentren zweckmäßig sein könnten.

Der RSG Kärnten 2025 legte fest, dass die fünf PVE jeweils an einem Standort betrieben werden sollten. Österreichweit waren laut Gesundheitsministerium per Jänner 2023 von 39 PVE vier als Primärversorgungsnetzwerke eingerichtet, davon eines in Wien. Der RSG Wien 2025 sah den Betrieb von 14 PVE als Primärversorgungsnetzwerke vor.

In Kärnten gab es laut Auskunft der Ärztekammer für Kärnten Ende Dezember 2022 459 Einzelpraxen für Allgemeinmedizin, davon 269 mit einem ÖGK–Vertrag.

(5) Sowohl der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 bzw. 2022–2023 als auch das Landes–Zielsteuerungsübereinkommen Kärnten 2017–2021 sahen auf Landesebene die Einbindung der Beteiligten und eine begleitende Information zu PVE für die Bevölkerung und für Gesundheitsdiensteanbieter auf regionaler Ebene vor; dazu

60 „Primary Health Care“ ist ein englischer Begriff für Primärversorgung (Art. 3 Z 9 Reformvereinbarung 2017).

61 Diese Bestimmung regelt das Auswahlverfahren für PVE.

gehörten auch potenzielle Vertragspartnerinnen und Vertragspartner für PVE, wie Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Das Land Kärnten verwies auf die Zuständigkeit des Gesundheitsfonds. Dieser gab gegenüber dem RH an, dass die operative Umsetzung der PVE bei der Sozialversicherung liege, er aber den Arbeitskreis „Primärversorgung“ eingerichtet habe; Teilnehmer des Arbeitskreises seien laut Gesundheitsfonds der Fonds selbst, das Land Kärnten, die Sozialversicherung und die Ärztekammer für Kärnten. Die ÖGK verwies auf die Maßnahmen des Gesundheitsfonds und auf das bei der Eröffnung der ersten PVE in Kärnten stattgefundene Pressegespräch.

Das Gesundheitsministerium betrieb österreichweit die „Plattform Primärversorgung“, welche die zuvor unterschiedlichen Informationsplattformen von Sozialversicherung und Gesundheitsministerium auf einer einheitlichen Internetplattform zusammenfasste. Diese Plattform diente der Informationsbereitstellung und dem Austausch zum Thema Primärversorgung.[62]

21.2 Der RH hielt kritisch fest, dass entgegen einem der zwei Umsetzungsziele des RSG Kärnten 2025 und entgegen dem Beschluss der Landes–Zielsteuerungskommission die Errichtung von fünf PVE in Kärnten bis Ende 2021 bzw. 2022 nicht umgesetzt war. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war erst eine PVE in Betrieb. Andere Länder wiesen einen deutlich höheren Umsetzungsgrad auf. Ebenso war im Ländervergleich – mit Ausnahme jener Länder, in denen noch keine PVE bestanden – der Anteil der in PVE versorgten Bevölkerung in Kärnten mit 1,4 % am geringsten.

Der RH kritisierte, dass das Land Kärnten und der Gesundheitsfonds auf regionaler Ebene keine konkreten Informationsmaßnahmen über PVE für die Bevölkerung und für Gesundheitsdiensteanbieter setzten, obwohl insbesondere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte potenzielle Interessentinnen und Interessenten für PVE waren.

Der RH empfahl dem Land Kärnten, dem Gesundheitsfonds und der ÖGK, durch geeignete Maßnahmen auf das Erreichen des Zielwerts bzw. der Planungsvorgabe für PVE hinzuwirken. Dabei wäre auch zu prüfen, ob die Bereitstellung zusätzlicher Informationen auf regionaler Ebene zur Gewinnung neuer Vertragspartnerinnen und Vertragspartner für PVE beitragen kann.

Der RH verwies darauf, dass das Primärversorgungsgesetz auch den Betrieb von PVE an mehreren Standorten vorsah. Der RSG Kärnten 2025 sah hingegen nur PVE mit einem Standort vor. Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlung aus dem Jahr 2021, eine Strategie zur Forcierung von Primärversorgungsnetzwerken zu entwickeln.[63] Im Hinblick auf den geringen Umsetzungsgrad von PVE in Kärnten könnten aus Sicht des RH einerseits ein Zusammenschluss bestehender

[62] https://primaerversorgung.gv.at/ (abgerufen am 10. November 2023)

[63] RH–Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30, TZ 27)

Einzelpraxen zu einem Primärversorgungsnetzwerk sowie andererseits die Wahlmöglichkeit der Ärzteschaft zwischen Primärversorgungszentrum und Primärversorgungsnetzwerk dazu beitragen, die Planungsvorgaben zu erreichen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, die Planungsvorgabe im RSG Kärnten 2025, PVE nur an einem Standort zu betreiben, im Lichte der Optimierung der Versorgung der Bevölkerung und der zeitnahen Umsetzung der geplanten PVE zu prüfen und gegebenenfalls auf eine Adaptierung hinzuwirken.

21.3 (1) Laut Stellungnahme des Landes Kärnten forciere die Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege des Amtes der Kärntner Landesregierung die Umsetzung der Empfehlung, durch geeignete Maßnahmen auf das Erreichen des Zielwerts bzw. der Planungsvorgabe für PVE hinzuwirken.

(2) Auch der Gesundheitsfonds wolle laut seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Erreichung des Zielwerts für PVE aufgreifen. Durch bereits initiierte Maßnahmen wie eine eigene Website würden vielschichtige Informationen rund um das Thema Primärversorgung(–seinheiten) öffentlichkeitswirksam zeitnah publik gemacht. Flankierend seien Informationsveranstaltungen für Ärztinnen bzw. Ärzte und ein intensivierter Austausch im Rahmen der Steuerungsgruppe Primärversorgung unter Einbeziehung der Zielsteuerungspartner und der Ärztekammer für Kärnten angedacht.

PVE in Form von Primärversorgungsnetzwerken würden im Rahmen des zu entwickelnden RSG für Kärnten mitbedacht. Die Entwicklung von Primärversorgungsnetzwerken sei aber nach der derzeitigen Rechtslage vom Stellenplan abhängig, weshalb eine gewisse Limitierung bestehe. Auch setze sie eine Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte voraus, in einer Region in einem Primärversorgungsnetzwerk zusammenarbeiten zu wollen.

(3) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Ausgehend von einer regionalen Ausgestaltung des bundesweiten Primärversorgungs–Gesamtvertrags sollten gemeinsam mit dem Land Kärnten und dem Gesundheitsfonds Maßnahmen zur Attraktivierung des PVE–Bereichs in Kärnten geplant werden.

21.4 Der RH entgegnete dem Gesundheitsfonds, dass – ungeachtet allfälliger faktischer Herausforderungen – die gesetzliche Möglichkeit, Primärversorgungsnetzwerke zu schaffen, in der Planung berücksichtigt werden sollte. Gemäß Primärversorgungsgesetz waren die Planungsvorgaben des RSG von den Gesamtvertragsparteien im Stellenplan zu konkretisieren (TZ 20), weshalb einer Umsetzung im Stellenplan die Festlegung im RSG vorauszugehen hatte. Dies mit dem Ziel, den Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 bzw. 2022–2023 und das darin enthaltene strategische Ziel 1 („Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationä-

ren Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes“) umzusetzen. Der RH betonte daher nochmals die Bedeutung seiner Empfehlung im Sinne der Optimierung der Versorgung der Bevölkerung und der zeitnahen Umsetzung der geplanten PVE.

Finanzierung

22.1 (1) Im Mai 2019 beantragte die Kärntner Gebietskrankenkasse beim Gesundheitsfonds Strukturmittel zur Abdeckung der Mehrkosten für die geplante PVE Klagenfurt. Sie bezifferte die für den zweijährigen „Pilotbetrieb“ zu erwartenden Mehrkosten, die nicht durch den Gruppenpraxen–Gesamtvertrag in Kärnten gedeckt waren, (ohne ärztliche Leistungen und Ordinationsassistenz etc.) mit rd. 1,14 Mio. EUR, davon rund die Hälfte als einmalige Anschubfinanzierung. Die Gesundheitsplattform budgetierte in der Folge Strukturmittel von maximal 1,14 Mio. EUR, befristet bis Ende April 2023. Da diese Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung und nicht für den niedergelassenen Bereich vorgesehen waren, begründete die Gesundheitsplattform die Bereitstellung der Mittel als Maßnahme zur Spitalsentlastung und beschloss die Evaluierung der spitalsentlastenden Wirkung der geförderten PVE.

Aus den Strukturmitteln für die PVE Klagenfurt seien laut Gesundheitsfonds für das Jahr 2020 rd. 275.000 EUR und für das Jahr 2021 rd. 249.000 EUR ausbezahlt worden. Für das Jahr 2022 habe es Anfang März 2023 noch keine Abrechnung gegeben.

(2) Seit Anfang 2022 standen für die Weiterentwicklung von PVE österreichweit 100 Mio. EUR aus dem EU–finanzierten Aufbau– und Resilienzplan 2020–2026 zur Verfügung. Seit Februar 2022 konnten Förderungen für PVE–Gründungen und seit März 2022 Förderungen für PVE–Investitionen beantragt werden. Laut Gesundheitsministerium seien in Kärnten bis Anfang März 2023 keine Förderungen beantragt worden (österreichweit: 16,49 Mio. EUR beantragt und rd. 610.000 EUR ausbezahlt)[64].

(3) Das Primärversorgungsgesetz und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz[65] sahen verschiedene vertragliche Grundlagen vor, welche die Beziehung zwischen PVE bzw. den in PVE tätigen Ärztinnen und Ärzten und den Sozialversicherungsträgern regelten, u.a. auch die Honorierung. Ende April 2019 schlossen der Hauptverband und die Österreichische Ärztekammer einen bundesweiten Primärversorgungs–Gesamtvertrag ab. Dieser sah u.a. österreichweite Regelungen zum Mindestleistungsspektrum von PVE vor, konkretisierte die gesetzlichen Bestimmungen und enthielt Grundsätze zur Honorierung.

[64] Die Förderungen würden laut Gesundheitsministerium großteils erst nach Durchführung der geförderten Projekte ausbezahlt.

[65] §§ 342b und 342c

(4) Die Honorierung war im Detail auf regionaler Ebene zwischen der örtlich zuständigen Ärztekammer und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger durch eine „gesamtvertragliche Honorarvereinbarung“ (in der Folge: **regionaler Primärversorgungs–Gesamtvertrag**) zu vereinbaren. Niederösterreich, Salzburg, Vorarlberg und Wien verfügten – im Unterschied zu den anderen Ländern – über einen regionalen Primärversorgungs–Gesamtvertrag (inklusive Honorarvereinbarung). In Oberösterreich wurden für PVE verschiedene Honorierungsmodelle angeboten. In Kärnten wurden die ärztlichen Leistungen der PVE Klagenfurt laut einer Sondervereinbarung, die ÖGK und PVE abgeschlossen hatten, gemäß der aktuellen Honorarordnung der Gruppenpraxen–Gesamtverträge honoriert; die zusätzlich notwendigen (vor allem nicht–ärztlichen) Leistungen der PVE wurden über die begrenzten Strukturmittel des Gesundheitsfonds finanziert.

Laut Auskunft der ÖGK sei zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ein regionaler Primärversorgungs–Gesamtvertrag für Kärnten verhandelt worden, jedoch darüber noch kein Einvernehmen mit der Ärztekammer für Kärnten erzielt worden. Weitere PVE würden erst nach Abschluss eines regionalen Primärversorgungs–Gesamtvertrags eröffnet. Die Ärztekammer für Kärnten erwartete laut eigenen Angaben einen konkreten Vorschlag zu einem Honorierungsmodell. Sie lehnte insbesondere eine Besserstellung von PVE gegenüber den Einzel– und Gruppenpraxen der Allgemeinmedizin bei den ärztlichen Leistungen ab.

Wie der RH in seinem Bericht zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich festgestellt hatte, war es eine große Herausforderung für die „Integration“ der Primärversorgung in das bestehende System, dass eine finanzielle Besserstellung der PVE gegenüber den Einzelpraxen von der Zustimmung der zuständigen Ärztekammer abhing, die gleichzeitig die Interessen der Einzelpraxen vertrat.[66]

22.2 Der RH hielt kritisch fest, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in Kärnten noch kein regionaler Primärversorgungs–Gesamtvertrag für PVE abgeschlossen war. Aufgrund der Ende April 2023 auslaufenden Strukturmittel–Finanzierung der bislang einzigen PVE in Kärnten und aufgrund geplanter weiterer PVE erachtete der RH die rasche Umsetzung einer Regelfinanzierung für die PVE als notwendig. Er wies darauf hin, dass eine gesicherte Finanzierung die Attraktivität von PVE für die Ärztinnen und Ärzte heben könnte.

[66] RH–Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30, TZ 26)

Der RH empfahl der ÖGK, zeitnah auf ein Einvernehmen mit der Ärztekammer für Kärnten über einen regionalen Primärversorgungs–Gesamtvertrag in Kärnten hinzuwirken.

22.3 Die ÖGK teilte in ihrer Stellungnahme mit, bereits intensiv mit der Ärztekammer für Kärnten über eine Ausgestaltung des regionalen Primärversorgungs–Gesamtvertrags für Kärnten zu verhandeln. Sie strebe eine Vereinbarung an, die spätestens mit 1. Jänner 2024 in Kraft trete.

Evaluierung

23.1 (1) Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 bzw. 2022–2023 sowie das Landes–Zielsteuerungsübereinkommen Kärnten 2017–2021 sahen auf Länderebene eine Evaluierung der PVE vor. Ebenso beschloss die Gesundheitsplattform, die spitalsentlastende Wirkung von PVE zu analysieren. Weder der Gesundheitsfonds noch das Land Kärnten oder die ÖGK konnte ein Evaluierungskonzept der PVE Klagenfurt vorlegen. Der aus Sicht des Landes Kärnten zuständige Gesundheitsfonds und die ÖGK planten eine Evaluierung, hatten bis Februar 2023 eine solche aber weder selbst durchgeführt noch beauftragt.

(2) Der bundesweite Primärversorgungs–Gesamtvertrag und die Reformvereinbarung 2017 sahen die verpflichtende Dokumentation von Diagnosen in codierter Form vor. Laut bundesweitem Primärversorgungs–Gesamtvertrag hatten die PVE nach ICPC–2 zu codieren. Die ÖGK verpflichtete die PVE in Klagenfurt dazu, vollständige Aufzeichnungen über die erbrachten Leistungen in Form einer „Leistungs– und codierten Diagnosendokumentation“ auf Basis von ICPC–2 zu führen und diese den Versicherungsträgern einmal im Quartal zu übermitteln.

23.2 Der RH hielt kritisch fest, dass weder die ÖGK noch der Gesundheitsfonds oder das Land Kärnten die seit nahezu zwei Jahren betriebene PVE Klagenfurt evaluierte. Da laut RSG Kärnten 2025 der Betrieb von vier weiteren PVE geplant war, erachtete der RH eine Evaluierung der bereits bestehenden PVE als zweckmäßig, um die dadurch gewonnenen Erkenntnisse bei der Inbetriebnahme weiterer PVE verwerten zu können.

Der RH empfahl dem Land Kärnten, dem Gesundheitsfonds und der ÖGK, zeitnah die PVE Klagenfurt zu evaluieren und die dadurch gewonnenen Erkenntnisse für die Entwicklung weiterer PVE zu nutzen.

23.3 (1) Laut Stellungnahme des Landes Kärnten forciere die Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege des Amtes der Kärntner Landesregierung die Umsetzung dieser Empfehlung.

(2) Der Gesundheitsfonds sagte zu, die Empfehlung zeitnah aufzugreifen und an die Zielsteuerungspartner, insbesondere an die ÖGK, heranzutragen. In anderen Ländern seien PVE im Regelfall nicht vor Ablauf einer Fünfjahresperiode nach Inbetriebnahme evaluiert worden.

(3) Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Sie werde zeitnah Gespräche mit dem Land Kärnten und dem Gesundheitsfonds zur Evaluierung der PVE Klagenfurt aufnehmen. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sollten für die Entwicklung weiterer PVE genutzt werden.

23.4 Der RH entgegnete dem Gesundheitsfonds, dass laut Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 bzw. 2022–2023 und RSG Kärnten 2025 die Einrichtung von fünf PVE geplant war, jedoch zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nur eine PVE in Betrieb war. Die Erfahrungen aus dem „Pilotbetrieb“ der PVE Klagenfurt könnten die zeitnahe Umsetzung der geplanten PVE in Kärnten beschleunigen und unterstützen sowie Best–Practice–Ansätze für einen effektiven und effizienten Betrieb von PVE aufzeigen. Der RH erachtete es daher nicht als zweckmäßig, eine Evaluierung der PVE Klagenfurt erst fünf Jahre nach Betriebsbeginn zu veranlassen, und verblieb bei seiner Empfehlung.

Gesundheitsberatung 1450

24.1 (1) Die Gesundheitsberatung 1450 war eine Telefonhotline, bei der speziell geschultes diplomiertes Gesundheits– und Krankenpflegepersonal allgemeine und spezifische medizinische Fragestellungen erläuterte. Sie basierte auf einer zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung abgeschlossenen Kooperationsvereinbarung und wurde von diesen finanziert.[67] Die Gesundheitsberatung 1450 war in einigen Ländern bereits seit 2017 in Betrieb, in Kärnten startete sie im November 2019; den Betrieb übertrug das Land Kärnten der Notruf NÖ GmbH.

Nach Ausbruch der COVID–19–Pandemie wurde die Gesundheitsberatung 1450 ab Februar 2020 auch Anlaufstelle für COVID–19–Verdachtsfälle, wodurch ihr „Kerngeschäft“ als telemedizinisches Erstkontakt– und Beratungsservice in den Hintergrund trat.

(2) Die Implementierung, Evaluierung und Weiterentwicklung der Gesundheitsberatung 1450 waren im Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 bzw. 2022–2023 auf Bundes– und Landesebene als Maßnahme ausgewiesen.[68] Ziele des „1450–Kerngeschäfts“ waren u.a., Bürgerinnen und Bürger bei der Suche nach einer adäquaten Gesundheitsversorgung („Best Point of Service“) zu unterstützen und zur Entlastung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen beizutragen.

[67] RH–Bericht „Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID–19–Pandemie“ (Reihe Bund 2021/43, TZ 50)

[68] Zum operativen Ziel 5 „Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation“; auch etwa das Regierungsprogramm der Bundesregierung 2020–2024 und das Regierungsprogramm der Kärntner Landesregierung 2018–2023 strebten den Ausbau der Gesundheitsberatung 1450 an.

(3) Die Beratungen der Gesundheitsberatung 1450 (Kategorie „Alle Symptome ohne COVID–19“) in Kärnten und Österreich zeigten in den Jahren 2020 und 2022 folgendes Bild:

Tabelle 7: Gesundheitsberatung 1450 in Kärnten und Österreich

	Kärnten		Österreich		Kärnten/Österreich	
	2020	2022	2020	2022	Veränderung 2020 bis 2022	2022
Beratungen „Alle Symptome ohne COVID–19“[1]	Anzahl (in Klammer: in %)				in %	Anzahl je 1.000 Einwohner-Innen
Summe	5.790 (100)	2.396 (100)	173.056 (100)	190.649 (100)	-58,6/10,2	4,2/21,2
davon						
Wochenende und Feiertage	*1.980 (34)*	*901 (38)*	*67.933 (39)*	*73.968 (39)*	*-54,5/8,9*	*1,6/8,2*
zwischen 8:00 und 16:00 Uhr	*3.146 (54)*	*1.309 (55)*	*81.834 (47)*	*93.842 (49)*	*-58,4/14,7*	*2,3/10,5*
zwischen 17:00 und 7:00 Uhr	*2.644 (46)*	*1.087 (45)*	*91.222 (53)*	*96.807 (51)*	*-58,9/6,1*	*1,9/10,8*
1450–Empfehlungen (Auswahl)[2]	Anteil in % an Beratungen					
• Notfallambulanz	14	18	16	17	–	0,8/3,7
• Notfalleinsatz[3]	10	15	11	17	–	0,6/3,5
• niedergelassener ärztlicher Bereich[4]	36	46	47	48	–	2,0/10,1
• unbekannt	21	11	17	11	–	0,5/2,3

1 Die Zahl der Beratungen entsprach nicht der weitaus höheren Zahl der Anrufe bei der Gesundheitsberatung 1450. Eine Beratung lag erst dann vor, wenn die Anruferin bzw. der Anrufer von der bzw. dem sogenannten Call–Taker an medizinisches Personal weitergeleitet wurde.
2 Weitere Empfehlungen betrafen etwa: Selbstversorgung, Beratungsdienste, Apotheke.
3 umfasst Rettungstransport und Notarzteinsatz
4 umfasst den allgemeinmedizinischen, fachärztlichen und zahnärztlichen niedergelassenen Bereich einschließlich Hausärztlicher Bereitschaftsdienste und Zahnarztnotdienst

Quelle: Sozialversicherung; Zusammenstellung: RH

Während die Beratungen („Alle Symptome ohne COVID–19“) 2020 bis 2022 österreichweit insgesamt um 10 % auf rd. 190.650 stiegen, nahmen sie in Kärnten um 59 % auf rd. 2.400 ab. Ähnlich hoch war österreichweit und in Kärnten der Anteil der Beratungen, die an Wochenenden und Feiertagen in Anspruch genommen wurden (2022: Kärnten 38 %, Österreich 39 %), sowie der Anteil der Empfehlungen, eine Notfallambulanz (18 % bzw. 17 %) bzw. den niedergelassenen ärztlichen Bereich (46 % bzw. 48 %) aufzusuchen. Bei 11 % der Beratungen waren 2022 die Empfehlungen als „unbekannt“ ausgewiesen (2020: noch 21 % bzw. 17 %).[69]

69 Die Kategorie „unbekannt“ umfasste Daten, die unvollständig an die Datenauswertung übermittelt wurden. Dadurch fehlten wesentliche Merkmale für die Darstellung. Dies betraf u.a. Gespräche, die in der Mitte abbrachen. Laut Evaluierungsbericht seien bereits Maßnahmen gesetzt worden, um diesen Wert künftig zu verringern.

(4) Laut Evaluierungsbericht zur Gesundheitsberatung 1450[70] aus 2021 für das Jahr 2020 hätten ursprünglich auch dokumentierte und messbare Effekte von Leistungsverschiebungen durch das 1450–Kerngeschäft berücksichtigt werden sollen (z.B. Entlastung von Spitalsambulanzen). Vor dem Hintergrund der „aktuell doppelten Zielsetzung von 1450 (Kerngeschäft + Corona–Support mit einem Schwerpunkt auf Letzterem)“ sei die ursprüngliche Zielsetzung „derzeit nicht umsetzbar“. Diese solle bei einer künftigen Evaluierung umgesetzt werden, wenn die Gesundheitsberatung 1450 wieder auf das Kerngeschäft fokussiert.

Laut Angaben des Gesundheitsministeriums und des Landes Kärnten sei geplant, die Gesundheitsberatung 1450 weiterzuentwickeln; dies mit dem Ziel, die Versorgungsstrukturen optimal zu nutzen.

24.2 Der RH wies darauf hin, dass die Gesundheitsberatung 1450 die Patientinnen und Patienten bei der Suche nach dem „Best Point of Service“ unterstützte und dabei u.a. auf eine Entlastung der Spitalsambulanzen abzielte. Bis zu 48 % der Anruferinnen und Anrufer wurden in den Jahren 2020 und 2022 an den niedergelassenen Bereich verwiesen. Mangels Evaluierung blieb offen, ob bzw. inwieweit die Gesundheitsberatung 1450 eine spitalsentlastende Wirkung entfaltete.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Land Kärnten, auch die spitalsentlastende Wirkung der Gesundheitsberatung 1450 zu prüfen und daraus allfälliges Verbesserungspotenzial abzuleiten.

Der RH hielt fest, dass die Gesundheitsberatung 1450 in Kärnten erst im November 2019 den Betrieb aufnahm. Im Unterschied zur österreichweiten Entwicklung (+10 %) ging die Gesamtzahl der Beratungen („Alle Symptome ohne COVID–19“) in Kärnten von 2020 bis 2022 um mehr als die Hälfte zurück (-59 %). Je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner war diese Gesamtzahl österreichweit (mit 21,2 Beratungen) rund fünfmal so hoch wie in Kärnten.

Der RH empfahl dem Land Kärnten, die Gründe für die – im österreichweiten Vergleich – rückläufige und geringere Inanspruchnahme der Gesundheitsberatung 1450 zu analysieren und geeignete Gegenmaßnahmen zu veranlassen.

24.3 (1) Das Gesundheitsministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, sich um die Umsetzung der Empfehlung zu bemühen.

[70] siehe dazu https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.765967&version=1649145175 (abgerufen am 10. November 2023)

(2) Laut Stellungnahme des Landes Kärnten seien zur Entlastung von Spitalsambulanzen bereits Maßnahmen gegen die – im österreichweiten Vergleich – rückläufige und geringere Inanspruchnahme der Gesundheitsberatung 1450 eingeleitet worden, indem eine Informationskampagne gestartet worden sei. Die Gesundheitsberatung 1450 sei durch die COVID–19–Pandemie bekannt geworden und werde noch immer stark mit COVID–19 verbunden.

Die Informationskampagne habe das Ziel, die Gesundheitsberatung 1450 als breite, niederschwellige Gesundheitshotline im Bewusstsein der Bürgerinnen und Bürger zu etablieren und damit einen wichtigen Beitrag zur effizienten Patientenlenkung zu leisten.

Hausärztliche Bereitschaftsdienste

25.1 (1) In Kärnten waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Hausärztliche Bereitschaftsdienste durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner eingerichtet:

(a) Hausärztlicher Bereitschaftsdienst an Werktagen (Montag bis Freitag)

Der Hausärztliche Bereitschaftsdienst an Werktagen stand – seit 2015 unverändert – von Montag bis Freitag zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr[71] sowie zusätzlich am Freitag zwischen 13:00 Uhr und 19:00 Uhr zur Verfügung. Unter der vom Österreichischen Roten Kreuz betreuten Telefonnummer 141 wurden die Anruferinnen und Anrufer entweder an eine Notärztin bzw. einen Notarzt weitergeleitet oder von einer Telefonärztin bzw. einem Telefonarzt beraten. Diese bzw. dieser organisierte falls erforderlich eine Bereitschaftsärztin oder einen Bereitschaftsarzt. Ein Bereitschaftsdienst konnte maximal zwei der festgelegten 36 Kärntner Sprengel betreuen. Die Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten an diesem Bereitschaftsdienst war freiwillig. Im Jahr 2021 etwa waren kärntenweit 21 % der Diensteinheiten[72] unbesetzt, die Bandbreite lag zwischen 59 % (Sprengel „Wolfsberg–Nord“) und 1,4 % (Sprengel „Feldkirchen–West“).

Das Land Kärnten finanzierte u.a. die Bereitschafts– und Telefonpauschalen[73], die Sozialversicherung Ordinationen und Visiten (Tabelle 8) sowie bestimmte Einzelleistungen.

[71] Klagenfurt–Stadt von Montag bis Donnerstag von 19:00 Uhr bis 7:00 Uhr und Freitag von 13:00 Uhr bis 19:00 Uhr

[72] Während sich ein „Sprengel“ auf ein Gebiet bezog, stellte eine „Diensteinheit“ auf einen Zeitraum ab (z.B. 19:00 Uhr bis 7:00 Uhr).

[73] zur Zeit der Gebarungsüberprüfung z.B. rd. 210 EUR bzw. rd. 530 EUR für den Zwölfstundendienst der Bereitschaftsärztin oder des Bereitschaftsarztes bzw. der Telefonärztin oder des Telefonarztes

(b) Hausärztlicher Bereitschaftsdienst an Wochenenden und Feiertagen

Den Hausärztlichen Bereitschaftsdienst an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen in 39 Kärntner Sprengeln organisierte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die Ärztekammer für Kärnten. Die Bereitschaft dauerte seit Jänner 2020 jeweils von 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr.[74] Erreichbar waren die Bereitschaftsärztinnen und Bereitschaftsärzte z.B. über Telefonnummern, die auf der Website der Ärztekammer für Kärnten zur Verfügung standen. Ein Bereitschaftsdienst betreute maximal zwei Sprengel. Den Zeitraum zwischen 18.00 Uhr und 7.00 Uhr deckte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung das beauftragte Österreichische Rote Kreuz u.a. mit einer telefonärztlichen Betreuung ab (unter der Telefonnummer 141).

In den Jahren 2018 und 2019 waren kärntenweit 3 % bzw. 4 % der Diensteinheiten an Wochenenden und Feiertagen unbesetzt. Ab 2020 war die Teilnahme an diesem Bereitschaftsdienst freiwillig.[75] 2021 waren kärntenweit 13 % der Diensteinheiten unbesetzt, die Bandbreite lag zwischen 1 % (Bezirk Klagenfurt–Stadt) und 28 % (Bezirk Spittal/Drau).[76] Unbesetzte Diensteinheiten betreute der COVID–Visitendienst[77], er lief mit Ende März 2023 aus; zu seinem Einsatz konnte die ÖGK keine Daten zur Verfügung stellen.

Die Bereitschaftspauschalen[78], Ordinationen und Visiten (Tabelle 8), bestimmte Einzelleistungen sowie die Tätigkeit des Österreichischen Roten Kreuzes finanzierte die Sozialversicherung.

[74] mit jeweils unterschiedlichen (zusätzlichen) Detailregelungen, z.B. für den einem Feiertag vorangehenden Tag oder für den 24. und 31. Dezember, sowie abweichenden Regelungen für Klagenfurt–Stadt

[75] siehe dazu das Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes vom 29. Jänner 2019, Ra 2018/08/0181-6

[76] In den ersten drei Quartalen 2022 waren 16 % der Dienste unbesetzt, etwa 34 % im Bezirk Spittal/Drau.

[77] Der COVID–Visitendienst (Kooperationspartner Land Kärnten, Sozialversicherungsträger und Ärztekammer für Kärnten) wurde im Jahr 2020 flächendeckend in Kärnten installiert.

[78] zur Zeit der Gebarungsüberprüfung z.B. rd. 470 EUR für einen Zehnstundendienst

(2) Die Entwicklung der Inanspruchnahme der Hausärztlichen Bereitschaftsdienste stellte sich im Zeitraum 2015 bis 2021 in Kärnten an Werktagen (Montag bis Freitag) sowie an Samstagen und Sonntagen (ohne Feiertage) wie folgt dar:

Tabelle 8: Hausärztliche Bereitschaftsdienste in Kärnten

Hausärztliche Bereitschaftsdienste	2015	2019	2020	2021	Veränderung 2015 bis 2019	Veränderung 2019 bis 2021
Montag bis Freitag	Anzahl				in %	
Anrufe[1]	21.385	11.920	12.456	11.553	-44,3	-3,1
Visiten und Ordinationen[2]	6.809	2.497	2.037	1.790	-63,3	-28,3
davon						
Visiten	*6.217*	*2.331*	*1.867*	*1.604*	*-62,5*	*-31,2*
Ordinationen	*592*	*166*	*170*	*186*	*-72,0*	*12,0*
an Samstagen und Sonntagen[3]						
Anrufe[4]	–	1.872	2.345	2.638	–	–[5]
Visiten und Ordinationen[6]	39.115	33.274	33.022	31.256	-14,9	–[6]
davon						
Visiten	*22.070*	*13.698*	*13.294*	*11.487*	*-37,9*	–
Ordinationen	*17.045*	*19.576*	*19.728*	*19.769*	*14,8*	–

1 Umfasst waren alle Anrufe im Rahmen des Hausärztlichen Bereitschaftsdienstes von Montag bis Freitag unter der Telefonnummer 141, die in weiterer Folge z.B. eine telefonärztliche Beratung und – falls erforderlich – den Einsatz einer Bereitschaftsärztin oder eines Bereitschaftsarztes (also eine Visite oder Ordination) auslösten.
2 Ordination = Besuch der Patientin bzw. des Patienten bei der Bereitschaftsärztin bzw. dem Bereitschaftsarzt
3 ohne Feiertage
4 Im Unterschied zu den „Anrufen" im Rahmen des Hausärztlichen Bereitschaftsdienstes an Werktagen diente ein „Anruf" bei einer Telefonärztin bzw. einem Telefonarzt im Rahmen des Hausärztlichen Bereitschaftsdienstes an Wochenenden und Feiertagen „nur" als „Ersatz" für den abends bzw. in der Nacht nicht zur Verfügung stehenden „persönlichen" Bereitschaftsdienst (z.B. als Visite). Visiten und Ordinationen zwischen 8:00 Uhr und 18:00 Uhr (ab Jänner 2020) bei einer Bereitschaftsärztin oder einem Bereitschaftsarzt vereinbarten die Patientinnen und Patienten selbst.
5 Die „Anrufregelung" gab es seit 2. Februar 2019, daher wurde mangels Daten für das gesamte Jahr 2019 keine Veränderung ausgewiesen.
6 Umfasst waren die Versicherten der Österreichischen Gesundheitskasse inklusive der Betriebskrankenkassen sowie – bis einschließlich 2019 – der Sozialversicherungsanstalt der Bauern. Aufgrund der unterschiedlichen „Grundmengen" (bis 2019 inklusive Sozialversicherungsanstalt der Bauern, danach ohne) wurde keine Veränderung ausgewiesen.

Quellen: ÖGK; Land Kärnten

Die Inanspruchnahme der Hausärztlichen Bereitschaftsdienste ging im Zeitraum 2015 bis 2021 – etwa Anrufe an Samstagen und Sonntagen ausgenommen – deutlich zurück. Die Zahl der Visiten und Ordinationen reduzierte sich bei den Werktags–Diensten (Montag bis Freitag) – bei unveränderten Bereitschaftszeiten – um 74 %, bei den Diensten an Samstagen und Sonntagen von 2015 bis 2019 um 15 %.

Die aus den Hausärztlichen Bereitschaftsdiensten resultierenden Aufwendungen für Land und Sozialversicherung bewegten sich 2021 in einer Größenordnung von insgesamt rd. 7 Mio. EUR (ohne Leistungen des COVID–Visitendienstes).[79]

(3) Als Ergebnis der vom Land Kärnten beauftragten Analyse des Hausärztlichen Bereitschaftsdienstes von Montag bis Freitag empfahl ein Planungsinstitut 2020 u.a., die Anzahl der Sprengel von 36 (Werktags–Dienst) bzw. 39 (Wochenende– und Feiertags–Dienst) auf 20 zu reduzieren, die Bereitschaftszeiten neu zu gestalten und das Finanzierungssystem anzupassen, um eine höhere „Auslastung" zu erzielen und die Kosten zu senken. Bestehende oder mögliche Auswirkungen der Hausärztlichen Bereitschaftsdienste auf Spitalsambulanzen thematisierte diese Evaluierung kaum.

Laut Angaben des Landes Kärnten bestand zur Zeit der Gebarungsüberprüfung eine Arbeitsgruppe aller Partner (Land Kärnten, ÖGK und Ärztekammer für Kärnten), die u.a. die Themen bzw. Empfehlungen der Evaluierung bearbeitete und politisch verhandelte.

25.2 Der RH hielt fest, dass die Hausärztlichen Bereitschaftsdienste an Wochenenden und Feiertagen sowie von Montag bis Freitag in Kärnten unterschiedlich organisiert und finanziert waren. Die daraus resultierenden Aufwendungen für Land und Sozialversicherung bewegten sich 2021 in einer Größenordnung von insgesamt rd. 7 Mio. EUR (ohne Leistungen des COVID–Visitendienstes).

Der RH wies darauf hin, dass die Inanspruchnahme der Hausärztlichen Bereitschaftsdienste im Zeitraum 2015 bis 2021 zumeist deutlich zurückging. Die Zahl der Visiten und Ordinationen reduzierte sich bei den Diensten von Montag bis Freitag – bei unveränderten Bereitschaftszeiten – um 74 %, bei den Diensten an Samstagen und Sonntagen von 2015 bis 2019 um 15 %. Bei den Diensten von Montag bis Freitag blieben 2021 kärntenweit 21 % der Diensteinheiten unbesetzt, bei den Wochenend– und Feiertagsdiensten 13 %. Unbesetzte Diensteinheiten an Wochenenden und Feiertagen deckte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung der COVID–Visitendienst ab, der Ende März 2023 auslief.

Der RH hielt fest, dass sich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung eine Arbeitsgruppe u.a. mit Themen bzw. Empfehlungen einer vom Land beauftragten Analyse des Hausärztlichen Bereitschaftsdienstes an Werktagen befasste. Diese empfahl u.a., die Anzahl der Sprengel für beide Hausärztlichen Bereitschaftsdienste von 36 bzw. 39

[79] Land Kärnten (laut Rechnungsabschluss 2021): 2,14 Mio. EUR; Sozialversicherung: Visiten, Ordinationen und Einzelleistungen des Hausärztlichen Bereitschaftsdienstes an Werktagen: 188.954 EUR; Bereitschaftspauschalen des Hausärztlichen Bereitschaftsdienstes an Wochenenden und Feiertagen: rd. 2,5 Mio. EUR und Österreichisches Rotes Kreuz im Rahmen dieses Bereitschaftsdienstes in der Zeit von 19:00 Uhr bis 7:00 Uhr: Pauschale 576.000 EUR plus Aufwendungen Telefonärztinnen und –ärzte: 92.447 EUR; ÖGK: Visiten, Ordinationen und Einzelleistungen des Hausärztlichen Bereitschaftsdienstes an Samstagen und Sonntagen (ohne Feiertage) rd. 1,4 Mio. EUR; Aufwendungen anderer Sozialversicherungsträger nicht umfasst

auf 20 zu reduzieren und die Bereitschaftszeiten neu zu gestalten. Bestehende oder mögliche Auswirkungen der Hausärztlichen Bereitschaftsdienste auf Spitalsambulanzen thematisierte diese Evaluierung kaum.

Der RH empfahl dem Land Kärnten und der ÖGK, Lösungen für eine flächendeckende und effizientere Gestaltung der Hausärztlichen Bereitschaftsdienste zu erarbeiten. Dies auch im Lichte rückläufiger Inanspruchnahme, unbesetzter Dienste und des Auslaufens des COVID–Visitendienstes. Dabei wären Synergien mit der Gesundheitsberatung 1450 zu berücksichtigen und die Wirkung auf die Spitalsambulanzen zu erheben bzw. ihre allfällige Entlastung zu prüfen.

25.3 (1) Laut Stellungnahme des Landes Kärnten sei die Umsetzung dieser Empfehlung geplant. Eine Arbeitsgruppe aller Systempartner (ÖGK, Ärztekammer für Kärnten, Österreichisches Rotes Kreuz sowie Land Kärnten) sei eingerichtet und würde die Themen bzw. Empfehlungen bearbeiten und verhandeln. Wie in TZ 24 empfohlen, solle auch hier die Gesundheitsberatung 1450 eine wesentliche Rolle spielen. Der Zeitpunkt der Umsetzung hänge von den Ergebnissen dieses Prozesses ab, der sich COVID–19–bedingt verzögert habe.

(2) Die ÖGK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sich das Land Kärnten, die Ärztekammer für Kärnten und die ÖGK bereits laufend austauschen würden. Details zu einem abgestimmten effizienten Hausärztlichen Bereitschaftsdienst in Kärnten lägen noch keine vor. Eine effizientere Gestaltung der Hausärztlichen Bereitschaftsdienste unter Einbeziehung der Gesundheitsberatung 1450 sei auch der ÖGK ein großes Anliegen. Zur Attraktivierung würden das Land Kärnten und die ÖGK Werbemaßnahmen planen.

Am 7. August 2023 habe beim Gesundheitsfonds ein Gespräch mit dem Land Kärnten und der Notruf NÖ GmbH als Betreiber der Gesundheitsberatung 1450 in Kärnten stattgefunden. Aufgrund der Einführung Ende 2019 sei die Gesundheitsberatung 1450 in Kärnten nur als „Corona–Hotline“ bekannt, die Funktion als Gesundheitsberatung aber nahezu unbekannt. Folgende Maßnahmen seien zur zeitnahen Umsetzung abgestimmt bzw. beauftragt worden:

- bundesweite und regionale PR–Maßnahmen (Hörfunkspots, Social Media und TV),
- eine technische Lösung, damit die Krankenanstalten der KABEG das „1450–Protokoll“ aufrufen bzw. einsehen könnten,
- ein Gespräch zwischen der Notruf NÖ GmbH und der Leitstelle des Österreichischen Roten Kreuzes in Kärnten, um Synergien zu heben bzw. Abläufe zu verbessern.

Ergebnisqualität im ambulanten Bereich

26.1 (1) Die Qualitätssicherung in Krankenanstalten hatte Maßnahmen zur Struktur–, Prozess– und Ergebnisqualität zu umfassen. Ergebnisqualität war laut ÖSG 2017 die „messbare Veränderung des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin oder eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen". Für den stationären Bereich gab es die bundesweit einheitliche und seit 2014 verbindliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten (Austrian Inpatient Quality Indicators – A–IQI).

(2) Im Unterschied zum stationären Bereich bestand für den ambulanten Bereich (spitalsambulant und niedergelassen) zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung. Dies, obwohl eine solche bereits im Bundes– und im Kärntner Landes–Zielsteuerungsvertrag 2013–2016 vorgesehen war. Auch der Bundes–Zielsteuerungsvertrag und das Kärntner Landes–Zielsteuerungsübereinkommen 2017–2021 (geplante Umsetzung bis Dezember 2020) bzw. 2022–2023 (geplante Umsetzung bis Dezember 2023) hatten die Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich zum Ziel.[80]

Laut Angaben des Gesundheitsministeriums seien bis Ende 2022 zur Umsetzung dieser Ziele u.a. Qualitätszirkel[81] im niedergelassenen Bereich durchgeführt worden (Diabetes) bzw. geplant (arteriosklerotische[82] Erkrankungen). Abgesehen von den Qualitätszirkeln seien Ergebnisqualitätsmessungen im gesamten ambulanten Bereich vor allem aufgrund der fehlenden verpflichtenden Diagnosendokumentation nicht möglich.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung plante das Gesundheitsministerium eine Neuausrichtung im Sinne einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung über den gesamten Krankenanstalten– und extramuralen Bereich. Dies u.a., um Synergieeffekte zu nutzen und Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.

26.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass im Unterschied zum stationären Bereich eine Ergebnisqualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich nach wie vor fehlte, obwohl dies bereits seit fast zehn Jahren im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit vereinbart war.

---

80 siehe dazu auch Art. 8 Abs. 5 der Reformvereinbarung 2017

81 berufseinschlägige Expertengruppen zur Analyse von Problemstellungen und Erarbeitung von Lösungsvorschlägen; siehe „Qualitätsmessung im ambulanten Bereich", Konzept – zur Vorlage an die Bundes–Zielsteuerungskommission am 6. April 2016, S. 48

82 Arteriosklerose (Arterienverkalkung, Atherosklerose) ist eine häufige Gefäßerkrankung, bei der sich die Arterien durch krankhafte Ablagerungen verengen und verhärten; siehe dazu https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/herz-kreislauf/arterien/arteriosklerose.html (abgerufen am 10. November 2023).

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, im Interesse der Patientenbehandlungssicherheit die Umsetzung der Ergebnisqualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich voranzutreiben.[83]

Der RH verwies auf seine Empfehlungen an das Gesundheitsministerium in TZ 4 zur verpflichtenden standardisierten Diagnosendokumentation im niedergelassenen Bereich und zur Ausweitung der Diagnosendokumentation im spitalsambulanten Bereich auf alle Diagnosen.

26.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums seien in den vergangenen Jahren bereits erste Initiativen einer bundesweit einheitlichen Ergebnisqualitätsmessung im niedergelassenen Bereich gesetzt worden. Im Zuge von A–OQI (Austrian Outpatient Quality Indicators) hätten nicht nur Qualitätszirkel stattgefunden, sondern habe bereits vor den Qualitätszirkeln die ÖGK in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium, den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer Daten zur Ergebnisqualität ausgewertet. Diese seien anschließend in den Qualitätszirkeln von den facheinschlägigen Ärztinnen und Ärzten diskutiert und davon Maßnahmen abgeleitet worden. In den Jahren 2021 und 2022 sei die Ergebnisqualität der Behandlung von Diabetes–Patientinnen und Diabetes–Patienten und im Jahr 2023 von Patientinnen und Patienten mit arteriosklerotischen Erkrankungen ausgewertet worden.

Zur Zeit der Stellungnahme sei – wie bereits vom RH beschrieben – eine Neuausrichtung der Qualitätssicherung im Sinne einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung über den gesamten intramuralen und extramuralen Bereich geplant. Diese ziele u.a. darauf ab, Synergieeffekte zu nutzen und Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. Eine diesbezügliche Gesetzesnovelle liege bereits vor und werde politisch abgestimmt.

[83] siehe dazu auch den RH–Bericht „Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte“ (Reihe Bund 2018/37, TZ 26, TZ 27)

Schlussempfehlungen

27 Zusammenfassend empfahl der RH

- dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (**BMSGPK**),
- dem Land Kärnten (**Land K**),
- dem Kärntner Gesundheitsfonds (**KGF**),
- der Österreichischen Gesundheitskasse (**ÖGK**) und
- der Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG (**KABEG**):

		BMSGPK	Land K	KGF	ÖGK	KABEG
(1)	Die Leistungsdokumentation im niedergelassenen Bereich wäre – möglichst kompatibel mit dem spitalsambulanten Bereich – voranzutreiben und in der Folge für die Planung, Steuerung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und –angebote zu verwenden. (TZ 3)	X				
(2)	Im niedergelassenen Bereich wäre eine verpflichtende standardisierte Diagnosendokumentation vorzusehen. Dabei wären die Vor– und Nachteile zweier unterschiedlicher Klassifikationssysteme (ICD–10 und ICPC–2) umfassend zu analysieren und gegebenenfalls ein einheitliches System vorzusehen. (TZ 4)	X				
(3)	Die verpflichtende Diagnosendokumentation im spitalsambulanten Bereich wäre auf alle Diagnosen auszuweiten. (TZ 4)	X				
(4)	Bei der Weiterentwicklung des LKF–ambulant wären umfassend alle Fragen der Anwendung teurer Arzneimittel zu berücksichtigen. (TZ 5)	X				
(5)	Gemeinsam mit den Landesgesundheitsfonds wären die landesweiten Festlegungen für die Anwendung des LKF–ambulant zu analysieren und die daraus gewonnenen Erkenntnisse allenfalls für die Weiterentwicklung des LKF–Modells zu nutzen. (TZ 6)	X				
(6)	Die Leistung ZZ710 „Mehrstündige Betreuung und Beobachtung auf einem dafür vorgesehenen ambulanten Betreuungsplatz in einer ambulanten Erstversorgungseinheit“ wäre entsprechend den Vorgaben des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zu dokumentieren. (TZ 9)					X

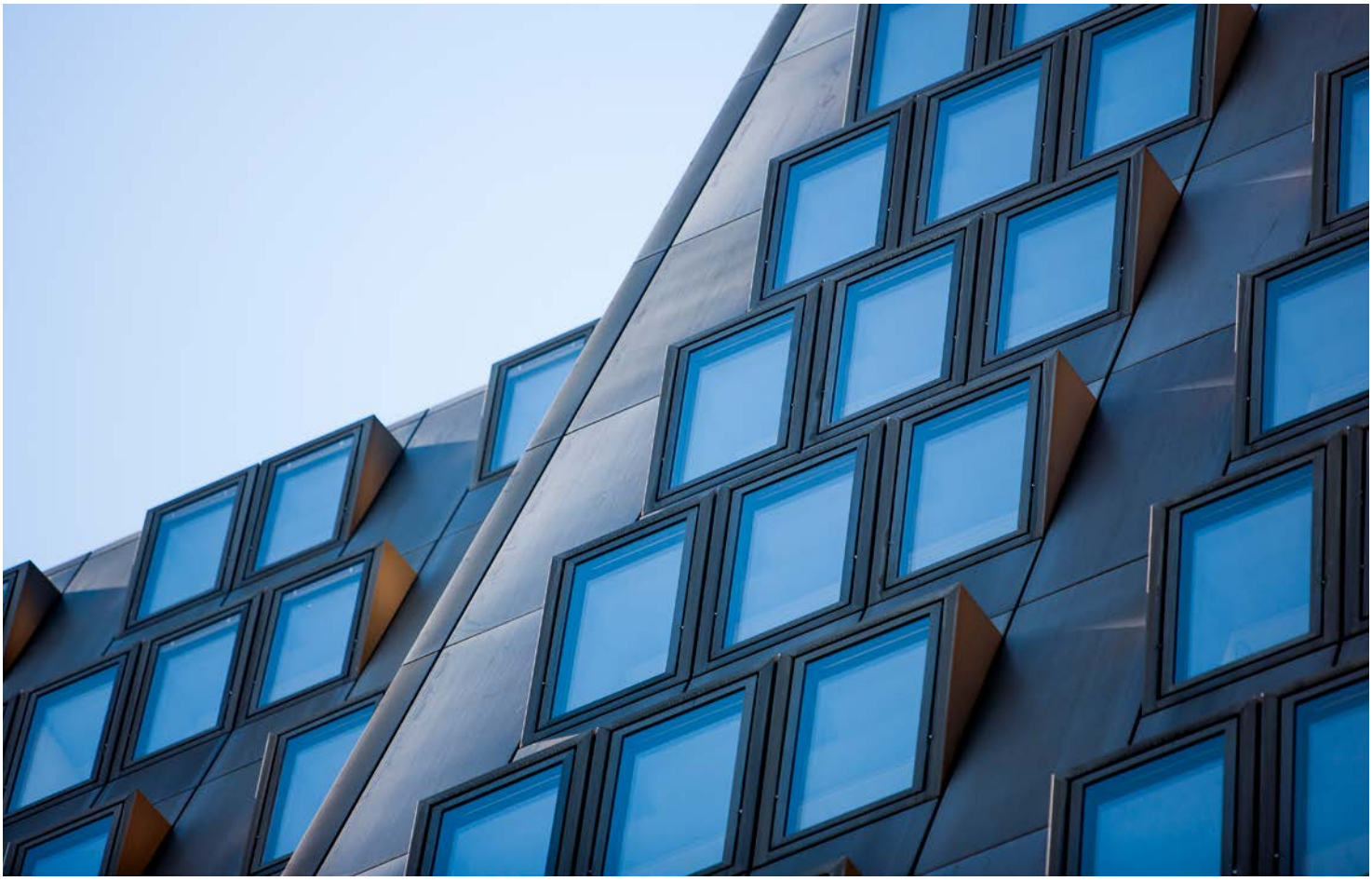
		BMSGPK	Land K	KGF	ÖGK	KABEG
(7)	Im Interesse der Sicherstellung der Behandlungsqualität wäre die Einhaltung der Qualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit in der Zentralen Ambulanten Erstversorgung im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee zu prüfen; erforderlichenfalls wären die nötigen Maßnahmen zu veranlassen. (TZ 11)			X		
(8)	Gemeinsam mit der Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG und dem Landeskrankenhaus Villach wäre eine geeignete – auch organisatorische – Ausgestaltung der Erstversorgung am Landeskrankenhaus Villach sicherzustellen. Dabei wären die Überlegungen zur Einrichtung einer Erstversorgungsambulanz am Krankenanstaltengelände mitzuberücksichtigen. (TZ 12)			X		
(9)	Im Interesse einer einheitlichen Vorgangsweise wären gemeinsam mit den Ländern die erforderlichen Rechtsgrundlagen für eine ordnungsgemäße Einhebung von ambulanten Sonderklassegebühren durch Krankenanstalten zu klären. (TZ 16, TZ 17)	X				
(10)	Im Interesse einer abgestimmten Vorgangsweise wäre gemeinsam mit den Ländern und den Krankenanstaltenträgern u.a. zu erheben, ob, auf Basis welcher rechtlichen Grundlagen und für welche Leistungen Krankenanstalten ambulante Sonderklassegebühren abrechneten. Daraus wären allfällige Hindernisse bzw. Potenziale für die Weiterentwicklung von LKF–ambulant zu identifizieren. (TZ 17)	X				
(11)	Auf eine Verbesserung der Datenlage im extramuralen Bereich wäre hinzuwirken. Dafür wären insbesondere Daten zur Beurteilung der Versorgungswirksamkeit des Wahlarztbereichs und der zeitlichen Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Leistungen zweckmäßig. (TZ 19)	X			X	
(12)	Es wäre auf einen vollständigen und aktuellen Stellenplan entsprechend den gesetzlichen Vorgaben für Primärversorgungseinheiten hinzuwirken. (TZ 20)				X	
(13)	Durch geeignete Maßnahmen wäre auf das Erreichen des Zielwerts bzw. der Planungsvorgabe für Primärversorgungseinheiten hinzuwirken. Dabei wäre auch zu prüfen, ob die Bereitstellung zusätzlicher Informationen auf regionaler Ebene zur Gewinnung neuer Vertragspartnerinnen und Vertragspartner für Primärversorgungseinheiten beitragen kann. (TZ 21)		X	X	X	

		BMSGPK	Land K	KGF	ÖGK	KABEG
(14)	Die Planungsvorgabe im Regionalen Strukturplan Kärnten 2025, Primärversorgungseinheiten nur an einem Standort zu betreiben, wäre im Lichte der Optimierung der Versorgung der Bevölkerung und der zeitnahen Umsetzung der geplanten Primärversorgungseinheiten zu prüfen. Gegebenenfalls wäre auf eine Adaptierung hinzuwirken. (TZ 21)			X		
(15)	Es wäre zeitnah auf ein Einvernehmen mit der Ärztekammer für Kärnten über einen regionalen Primärversorgungs–Gesamtvertrag in Kärnten hinzuwirken. (TZ 22)				X	
(16)	Die Primärversorgungseinheit in der Stadt Klagenfurt am Wörthersee wäre zeitnah zu evaluieren. Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse wären für die Entwicklung weiterer Primärversorgungseinheiten zu nutzen. (TZ 23)		X	X	X	
(17)	Auch die spitalsentlastende Wirkung der Gesundheitsberatung 1450 wäre zu prüfen und daraus allfälliges Verbesserungspotenzial abzuleiten. (TZ 24)	X	X			
(18)	Die Gründe für die – im österreichweiten Vergleich – rückläufige und geringere Inanspruchnahme der Gesundheitsberatung 1450 wären zu analysieren und geeignete Gegenmaßnahmen zu veranlassen. (TZ 24)		X			
(19)	Lösungen für eine flächendeckende und effizientere Gestaltung der Hausärztlichen Bereitschaftsdienste wären zu erarbeiten. Dies auch im Lichte rückläufiger Inanspruchnahme, unbesetzter Dienste und des Auslaufens des COVID–Visitendienstes. Dabei wären Synergien mit der Gesundheitsberatung 1450 zu berücksichtigen und die Wirkung auf die Spitalsambulanzen zu erheben bzw. ihre allfällige Entlastung zu prüfen. (TZ 25)		X		X	
(20)	Im Interesse der Patientenbehandlungssicherheit wäre die Umsetzung der Ergebnisqualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich voranzutreiben. (TZ 26)	X				

Rechnungshof Österreich

Wien, im Dezember 2023
Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R

H