



S t R H
Wien

STADTRECHNUNGSHOF WIEN

Landesgerichtsstraße 10
A-1082 Wien

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

E-Mail: post@stadtrechnungshof.wien.at

www.stadtrechnungshof.wien.at

DVR: 0000191

StRH II - 37/16

Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund,

Prüfung der Notaufnahme im Wilhelminenspital

KURZFASSUNG

Seit dem Jahr 2012 erfolgte die Versorgung medizinischer Notfälle im Wilhelminenspital in der neu errichteten Notaufnahme. Pro Jahr wurden in dieser Abteilung rd. 45.000 Patientinnen bzw. Patienten interdisziplinär erstversorgt.

Im Betrachtungszeitraum wurde die Personalausstattung erhöht, wodurch die Rund-um-die-Uhr-Versorgung im Jahr 2015 durch rd. 25 Ärztinnen bzw. Ärzte sowie rd. 29 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Krankenpfleger erfolgte. Positiv anzumerken war, dass zur Beurteilung der Behandlungsdringlichkeit im Jahr 2015 die Ersteinschätzung anhand des Manchester-Triage-Systems eingeführt wurde. Verbesserungspotenzial wurde u.a. in der Einführung einer speziell für die Anforderungen der Notaufnahme ausgerichteten EDV-Lösung gesehen. Um Abläufe zu standardisieren und Zuständigkeits- und Zusammenarbeitsregelungen zu klären, wären darüber hinaus Prozessbeschreibungen in Form von Flussdiagrammen zu erstellen.

Bei jährlich rd. 12.000 Patientinnen bzw. Patienten, die über die Notaufnahme in die Krankenanstalt kamen, erfolgte eine stationäre Aufnahme. Ein Großteil hiervon wurde an Interne Abteilungen des Wilhelminenspitals zugewiesen, während nur rd. 7 % auf der Bettenstation der Notaufnahme verblieben. Infolgedessen wiesen die acht auf der Notaufnahme systemisierten Betten im Jahr 2015 eine durchschnittliche Auslastung von lediglich rd. 26 % auf. Insbesondere im Hinblick auf die beabsichtigte Erweiterung der Bettenstation wäre daher durch geeignete Maßnahmen eine Erhöhung der Auslastung sicherzustellen.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Prüfungsgrundlagen des Stadtrechnungshofes Wien.....	8
1.1 Prüfungsgegenstand.....	8
1.2 Prüfungszeitraum	8
1.3 Prüfungsbefugnis.....	8
2. Rahmenbedingungen	8
2.1 Österreichischer Strukturplan Gesundheit	8
2.2 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987	9
2.3 Wiener Planungsgrundlagen	10
3. Infrastruktur der Notaufnahme	10
3.1 Vorgeschichte	10
3.2 Errichtung der neuen Notaufnahme.....	11
4. Personal	12
4.1 Personalstand.....	12
4.2 Ärztlicher Dienst	13
4.3 Gesundheits- und Krankenpflege	17
4.4 Abteilungshilfen	18
4.5 Administration	18
5. Abläufe	19
5.1 Interne Vorgaben.....	19
5.2 Ablaufschema.....	20
5.3 Erstkontakt.....	21
5.4 Ersteinschätzung.....	21
5.5 Behandlung	22
5.6 Entlassung.....	23
5.7 Stationäre Aufnahme	23
5.8 Dokumentation	24
6. Patientinnen bzw. Patientenfrequenz	25
6.1 Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen	25
6.2 Patientinnen- bzw. Patientenbetreuung.....	27

7. Ambulante Leistungen	30
7.1 Leistungsdokumentation	30
7.2 Triage	31
7.3 Konsile	32
8. Stationäre Leistungen	33
8.1 Verteilung der stationären Aufnahmen	33
8.2 Belegung der Bettenstation	35
9. Zukünftige Planungen	38
9.1 Spitalskonzept	38
9.2 Planungen im Wilhelminenspital	39
10. Zusammenfassung der Empfehlungen	40

TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Tabelle 1: Durchschnittlicher Personalstand	13
Abbildung 1: Ablaufschema	20
Tabelle 2: Einstufungen laut Manchester-Triage-System	21
Abbildung 2: Patientinnen- bzw. Patientenströme der Jahre 1996 bis 2015	25
Tabelle 3: Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz	26
Tabelle 4: Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz je Mitarbeitenden	28
Tabelle 5: Leistungen in den Jahren 2013 bis 2015	30
Tabelle 6: Begutachtungen durch Fachärztinnen bzw. Fachärzte anderer Abteilungen	32
Tabelle 7: Stationäre Aufnahmen im Jahr 2015	34
Tabelle 8: Kennzahlen für den stationären Bereich der Notaufnahme	35
Tabelle 9: Auslastung ausgewählter Abteilungen im Jahr 2015	37

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs	Absatz
AG	Aktiengesellschaft

Allgemeines Krankenhaus	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus
bzw.	beziehungsweise
ca.....	circa
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Donauspital.....	Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
etc.....	et cetera
exkl.	exklusive
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hrsg.	Herausgeber
inkl.	inklusive
Kaiser-Franz-Josef Spital	Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital
KAKuG.....	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KIS.....	Krankenhausinformationssystem
Krankenanstalt Rudolfstiftung.....	Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik
Krankenanstaltenverbund.....	Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund
Krankenhaus Floridsdorf.....	Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf - Krankenhaus
Krankenhaus Hietzing.....	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
lt.....	laut
m ²	Quadratmeter
min.....	Minuten
Mio. EUR	Millionen Euro
Notaufnahme	Abteilung für interdisziplinäre und internistische Notfallmedizin mit Ambulanz

Nr.....	Nummer
ÖSG 2010.....	Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010
ÖSG 2012.....	Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012
Pkt.	Punkt
rd	rund
RSG Wien.....	Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien
s.....	siehe
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
VZÄ.....	Vollzeitäquivalent
Wr. KAG 1987	Wiener Krankenanstaltengesetz 1987
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

LITERATURVERZEICHNIS

Mackway-Jones/Mardsen/Windle (Hrsg.), Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Das Manchester-Triage-System, 3. überarbeitete und ergänzte Auflage, 2011, Verlag Hans Huber Hogrefe AG Bern.

von Eiff/Dodt/Brachmann/Niehues/Fleischmann (Hrsg.), Management in der Notaufnahme. Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, 2016, Verlag W. Kohlhammer GmbH Stuttgart.

GLOSSAR

Belagstage

Summe der Mitternachtsstände der Patientinnen bzw. Patienten in einem definierten Zeitraum.

Triage

System des Risikomanagements zur Steuerung des Patientenflusses, wenn die klinischen Anforderungen die vorhandenen Kapazitäten übersteigen. Mittels Triage wird die Erkrankungsschwere identifiziert, um eine zeitgerechte und auf die Bedürfnisse der Patientin bzw. des Patienten ausgerichtete Versorgung zu ermöglichen.

Manchester-Triage-System

Standardisiertes Verfahren, mit dem mittels Algorithmen anhand von Indikatoren eine Ersteinschätzung (Triage) in der Notaufnahme vorgenommen wird. Dieses System ist seit dem Jahr 1995 in europäischen Ländern zunehmend im Einsatz und wird auch im Krankenanstaltenverbund verwendet.

PRÜFUNGSERGEBNIS

Der Stadtrechnungshof Wien unterzog die Notaufnahme im Wilhelminenspital einer Prüfung und teilte das Ergebnis seiner Wahrnehmungen nach Abhaltung einer diesbezüglichen Schlussbesprechung der geprüften Stelle mit. Die von der geprüften Stelle abgegebene Stellungnahme wurde berücksichtigt. Allfällige Rundungsdifferenzen bei der Darstellung von Berechnungen wurden nicht ausgeglichen.

1. Prüfungsgrundlagen des Stadtrechnungshofes Wien

1.1 Prüfungsgegenstand

Der Stadtrechnungshof Wien unterzog die Notaufnahme im Wilhelminenspital einer Prüfung. Dabei wurden der Schwerpunkt auf die Abläufe bei der Versorgung medizinischer Notfälle, die Personalausstattung und das Belagsmanagement gelegt.

1.2 Prüfungszeitraum

Die gegenständliche Prüfung erfolgte im zweiten Halbjahr 2016. Der Betrachtungszeitraum umfasste die Jahre 2013 bis 2015, wobei gegebenenfalls auch spätere Entwicklungen in die Einschau einbezogen wurden.

1.3 Prüfungsbefugnis

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

2. Rahmenbedingungen

2.1 Österreichischer Strukturplan Gesundheit

2.1.1 Um eine stärkere Patientinnen- bzw. Patientenorientierung und höhere organisatorische Flexibilität zu erreichen, sah der ÖSG 2010 erstmals Betriebsformen innerhalb von Krankenanstalten vor, die sich nicht an Fachstrukturen orientierten, sondern den Prozess in den Mittelpunkt stellten. Zielsetzungen solcher neuer Organisationsformen waren die Bedarfsorientierung, die Erhöhung von Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Maximierung in der Effizienz der Patientenbehandlung.

Als eine derartige interdisziplinäre Betriebsform wurde die Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit definiert, die für ungeplante Patientinnen- bzw. Patientenzugänge mit vor allem akuter Symptomatik eine effiziente Versorgungseinheit darstellen sollte.

2.1.2 In dem zum Zeitpunkt der Einschau gültigen ÖSG 2012 wurden die Definitionen, Qualitätskriterien und Zielsetzungen dieser Betriebsform weitergeführt. Demnach waren Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten eigenständige Einrichtungen bestehend aus einer Ambulanz und einem stationären Bereich und dienten Rund-um-die-Uhr der Erstversorgung von Akut- und Notfällen inkl. basaler Unfallversorgung (mit Ausnahme von Schwerverletzten und Geburtshilfe).

Die Aufgaben eines entsprechend qualifizierten Teams umfassten die Erstbegutachtung und Erstbehandlung, die Triage hinsichtlich Weiterleitung zur Folgebehandlung und die einfache abschließende Versorgung. Behandlungspfade und standardisierte Prozessabläufe mit definierten Zuständigkeiten sollten die Qualität sicherstellen. Als Ziele wurden eine am Patientenbedarf ausgerichtete Versorgung von Akutfällen und die Hintanhaltung vermeidbarer stationärer Aufnahmen definiert.

2.2 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987

Im Zuge der Umsetzung des ÖSG 2012 wurde im KAKuG die Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit als neue Betriebsform aufgenommen. Infolgedessen wurde dem Wr. KAG 1987 eine dieser Definition gleichlautende Bestimmung hinzugefügt, die bis zum Zeitpunkt der Einschau unverändert gültig war. Demnach waren Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten *"Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von Patientinnen und Patienten für längstens 24 Stunden bestehen. Das zulässige Leistungsspektrum umfasst die Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedar-*

fes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich, die kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu 24 Stunden sowie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinedienste (Tagdienst)."

2.3 Wiener Planungsgrundlagen

2.3.1 Der zum Zeitpunkt der Einschau gültige RSG Wien mit dem Planungshorizont bis zum Jahr 2020 thematisierte im Planungskonzept für die stationäre Versorgung sogenannte "Zentrale Aufnahmeeinheiten". Es wurde festgelegt, dass im Allgemeinen Krankenhaus, in den Schwerpunktkrankenanstalten des Krankenanstaltenverbundes und in zwei weiteren Krankenanstalten solche Einheiten geschaffen werden sollten. Ergänzend wurde angemerkt, dass diese in der Planung nicht explizit ausgewiesen und die Bettenkapazitäten durch Umwidmung von fachbezogenen Kapazitäten zu schaffen wären.

2.3.2 Dies zeigte sich im Wiener Krankenanstaltenplan 2013, in dem die Planung des RSG Wien kundgemacht war. Die Kapazitätsplanung für das Jahr 2020 enthielt für die Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten keine Bettenanzahl, sondern Vermerke über das Vorhandensein einer solchen Betriebsform. Das Wilhelminenspital war eine jener Krankenanstalten, in denen die Planung einer Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit angeführt wurde.

3. Infrastruktur der Notaufnahme

3.1 Vorgeschichte

3.1.1 In den Jahren 1990 bis 2012 war die Erstversorgung von Patientinnen bzw. Patienten im Wilhelminenspital zum Großteil der Internistischen Notaufnahme der 3. Medizinischen Abteilung mit Kardiologie zugeordnet. Diese Abteilung war für Patientinnen bzw. Patienten, deren Zustandsbild von Rettungsdiensten der Inneren Medizin zugeordnet wurde und für solche, die ohne Fachzuweisung über den 24-Stunden-Ambulanzbetrieb in diese Einrichtung kamen, zuständig. Die Internistische Notaufnah-

me diente dazu, die Spitalsbedürftigkeit zu klären, Primärmaßnahmen einzuleiten, eine Differentialdiagnose zu stellen bzw. zu sichern und die Patientinnen bzw. Patienten rasch an die dem Zustandsbild entsprechende Fachabteilung zuzuweisen.

Die integrierte Normalpflegestation mit zunächst zwölf systemisierten Betten, die im Zuge des Ausbaus von Untersuchungsräumen zuletzt auf zehn reduziert wurden, war für kurzfristige stationäre Aufenthalte vorgesehen und diente insbesondere der Aufnahme von Patientinnen bzw. Patienten mit koronaren Erkrankungen.

3.1.2 Das Spitalskonzept 2030 sah in Folge der Schließung des Kaiserin Elisabeth Spitals im Jahr 2012 eine Implementierung der Internen und Chirurgischen Aufnahmestation dieser Krankenanstalt in das Wilhelminenspital vor. Aufgrund des dadurch zu erwartenden zusätzlichen Patientinnen- bzw. Patientenaufkommens waren Adaptierungen im Wilhelminenspital erforderlich.

Die Patientinnen- bzw. Patientenzahlen der Internistischen Notaufnahme waren in den vergangenen Jahren ständig gestiegen und lagen im Jahr 2011 bereits 30 % über den Planungswerten zum Zeitpunkt der damaligen Errichtung. Da die Infrastruktur ebenfalls nicht mehr adäquat war, wurde eine Neuerrichtung unumgänglich.

Zu Beginn des Jahres 2011 erfolgte die Neuplanung der Notaufnahme, bei der die Internistische Notaufnahme interdisziplinär erweitert und in Richtung einer Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit ausgebaut werden sollte. Die Dimensionierung dieser Notaufnahme wurde auf Basis einer Patientinnen- bzw. Patientenanzahl von durchschnittlich 223 Personen pro Tag (inkl. einer Leistungsreserve von 10 %) kalkuliert.

3.2 Errichtung der neuen Notaufnahme

Im Februar des Jahres 2012 begannen in der Nähe des Haupteingangs des Spitalsgeländes die Bauarbeiten zur Errichtung einer neuen Notaufnahme in Containerbauweise mit Gesamtkosten von rd. 6,70 Mio. EUR, die im Oktober 2012 abgeschlossen wurden.

Auf einer Fläche von rd. 2.500 m² waren im Erdgeschoß sämtliche patientinnen- bzw. patientennahen Bereiche sowie eine vorgelagerte Rettungszufahrt situiert. In einem kleineren Obergeschoß waren Büros, Dienst- und Besprechungszimmer, ein Archiv und Nebenräume untergebracht.

Der ambulante Bereich umfasste zwei Wartebereiche, einen Triage-Raum, neun Untersuchungsräume (Kojen), einen Überwachungsraum für kurzfristig liegende Patientinnen bzw. Patienten, eine Leitstelle sowie diverse Nebenräume (Lager, Transportmittelraum, Toilette etc.). Im stationären Bereich waren acht systemisierte Betten in vier Zweibettzimmern, ein Isolationsraum, ein Pflegestützpunkt und die notwendigen Nebenräume (Sozialraum, Spüle, Teeküche etc.) angesiedelt.

Die Anordnung der Bereiche zeigte hohe Funktionalität. So war beispielsweise die Leitstelle zentral gelegen und in Glas gestaltet, sodass von dieser der Überblick über beide Wartebereiche, den Triage-Raum sowie den Zugang zu den Untersuchungskojen möglich war. Die Anordnung der Liegendvorfahrt ermöglichte den Rettungsdiensten einen kurzen Weg zur Leitstelle und zum Triage-Raum aber auch einen direkten Zugang zum Isolationsraum, was z.B. bei Sterbefällen von Vorteil war.

Sechs der Untersuchungskojen befanden sich nebeneinander, wobei jeweils drei miteinander verbunden waren. Dies ermöglichte den Mitarbeitenden einen raschen Wechsel zwischen den Kojen. Die restlichen drei Untersuchungsräume waren vorrangig für konsiliarische Untersuchungen vorgesehen und für diese speziell eingerichtet. Die Ausstattung der Untersuchungsräume war funktionell gehalten und ermöglichte die Untersuchung mobiler und nicht mobiler Patientinnen bzw. Patienten, die Durchführung einfacher Behandlungen und notwendiger Pflegemaßnahmen sowie die Dokumentation.

4. Personal

4.1 Personalstand

Nachfolgender Tabelle ist der Personalstand aller in der Notaufnahme des Wilhelminenspitals beschäftigten Berufsgruppen inkl. Leihpersonal im Betrachtungszeitraum zu entnehmen (in VZÄ).

Tabelle 1: Durchschnittlicher Personalstand

	2013	2014	2015
Ärztinnen bzw. Ärzte	18,69	22,88	25,14
DGKP	27,55	27,64	29,32
Abteilungshilfen	2,00	1,92	1,72
Kanzleibedienstete	4,55	3,92	7,11
Leihpersonal Administration	2,14	3,17	1,05
Summe	54,93	59,53	64,34

Quelle: Personalabteilung Wilhelminenspital, Kostenrechnung

Insgesamt zeigt die Aufstellung im Betrachtungszeitraum eine Zunahme der Personalausstattung um 9,41 VZÄ, was einer Steigerung von mehr als 17 % entspricht. Auf Veränderungen in den einzelnen Berufsgruppen sowie die Entwicklung der systemisierten Dienstposten wird in den nachfolgenden Punkten näher eingegangen.

4.2 Ärztlicher Dienst

4.2.1 In den Jahren 2013 bis 2014 waren durchgehend 24 Dienstposten für ärztliches Personal systemisiert. Mit Wirksamkeit vom 1. Juni 2015 wurden im Zuge der Erhöhung der Ärztinnen- bzw. Ärztenachtdienste sieben Dienstposten vom Geriatriezentrum Am Wienerwald in die Notaufnahme im Wilhelminenspital transferiert. Eine weitere Änderung erfolgte mit 1. August 2015 durch eine interne Postentransferierung. Dabei wurden vier zuvor in der ärztlichen Direktion angesiedelte Dienstposten von Oberärztinnen bzw. Oberärzten der Notaufnahme zugeordnet. Da diese Personen jedoch nicht in der Notaufnahme tätig waren, wurden sie in der Kostenrechnung nicht dieser Abteilung zugeordnet und werden in nachfolgende Betrachtungen auch nicht miteinbezogen. Die Anzahl der tatsächlich für die Tätigkeit in der Notaufnahme vorgesehenen Dienstposten stieg daher ab 1. Juni 2015 von 24 auf 31 an und blieb bis zum Zeitpunkt der Einschau auf diesem Stand.

4.2.2 Ein Vergleich der systemisierten Dienstposten mit dem durchschnittlichen Iststand des ärztlichen Personals (s. Pkt. 4.1, Tab. 1) zeigt, dass diese in allen Jahren nicht vollständig besetzt waren. Als Gründe dafür wurden Probleme bei der Personalrekrutierung und eine hohe Fluktuation im ärztlichen Bereich angegeben. Ein teilweiser Ausgleich

der personellen Unterbesetzungen war durch Turnusärzte aus anderen Abteilungen möglich, die in der Notaufnahme zusätzliche Dienste verrichteten.

4.2.3 Bis zum Ende des Betrachtungszeitraumes waren in der Notaufnahme ein Facharzt für Innere Medizin als ärztlicher Leiter, Ärztinnen bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin, Turnusärztinnen bzw. Turnusärzte und nur eine geringe Anzahl an Fachärztinnen bzw. Fachärzten beschäftigt.

Die Turnusärztinnen bzw. Turnusärzte bildeten durchgehend die zahlenmäßig größte Ärztegruppe, wobei deren Anzahl von 10 VZÄ (Stichtag 31. Dezember 2013) auf 17,50 VZÄ (Stichtag 31. Dezember 2015) anstieg. Der Anteil der voll ausgebildeten Ärztinnen bzw. Ärzte an der Gesamtanzahl des ärztlichen Personals lag zu den Stichtagen 31. Dezember 2013 und 31. Dezember 2014 bei rd. 54 % und verringerte sich bis zum Ende des Jahres 2015 auf rd. 43 %.

4.2.4 Über die Fort- und Weiterbildungen des im Betrachtungszeitraum beschäftigten ärztlichen Personals konnte dem Stadtrechnungshof Wien keine detaillierte Auskunft gegeben werden. Laut mündlicher Angabe des ehemaligen Leiters der Notaufnahme verfügte ein Teil der Mitarbeitenden über Notarztdiplome. Unterlagen über die Anzahl und Gültigkeit dieser in einem Abstand von zwei Jahren zu aktualisierenden Fortbildung lagen jedoch nicht auf.

Im ÖSG 2012 waren als Qualifikationsanforderungen an das Ärztinnen- bzw. Ärzteteam u.a. Praxis in der Erstversorgung, ein gültiges Notarztdiplom oder eine notfallspezifische Zusatzausbildung in Innerer Medizin oder Anästhesie sowie der jährliche Nachweis in Notfallkompetenz in Form von Weiterbildungen angeführt. Wenngleich in den Vorgaben nicht explizit geregelt war, ob alle bzw. wie viele Teammitglieder diese Anforderungen erfüllen sollten, maß der Stadtrechnungshof Wien der Vorhaltung einer hohen Fachkompetenz in der Notaufnahme große Bedeutung bei. Sowohl die Gespräche innerhalb der Notaufnahme als auch jene mit Vorständen anderer Fachabteilungen zeigten, dass eine hohe Qualifikation nicht nur in der akuten Notfallversorgung wichtig war. Vielmehr stellte auch in der Zusammenarbeit mit den anderen Fachabteilungen ein fundiertes

Fachwissen der in der Notaufnahme tätigen Ärztinnen bzw. Ärzte die notwendige Voraussetzung für eine optimale und effiziente Patientinnen- bzw. Patientenbetreuung dar.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl daher, durch die Erstellung eines Fort- und Weiterbildungsplanes für das ärztliche Personal und die verpflichtende regelmäßige Aktualisierung der notfallmedizinischen Kompetenzen die fachliche Qualität zu sichern.

4.2.5 Der ärztliche Dienst war dem Abteilungsvorstand unterstellt. Zu den Hauptaufgaben des Teams zählten die medizinische Betreuung der Patientinnen bzw. Patienten im ambulanten und stationären Bereich der Notaufnahme sowie allgemeine administrative und koordinative Angelegenheiten. Darüber hinaus war die Zusammenarbeit mit internen (z.B. andere Fachabteilungen des Wilhelminenspitals) und externen Stellen (z.B. Rettungsdienste, andere Krankenanstalten) erforderlich. Die diensthabende Oberärztin bzw. der diensthabende Oberarzt hatte maßgebliche Verantwortung für den Dienstbetrieb, indem sie bzw. er u.a. für die Überwachung der Abläufe und die Koordination und Vidierung der Aufnahmen zuständig war. Die Ärztinnen bzw. Ärzte waren für die medizinische Betreuung der ambulanten Patientinnen bzw. Patienten in den Untersuchungskojen zuständig. Darüber hinaus war eine Ärztin bzw. ein Arzt für die Tätigkeiten in der Bettenstation verantwortlich.

4.2.6 Die Diensterteilung der Ärztinnen bzw. Ärzte der Notaufnahme unterlag in den Jahren 2013 bis 2015 großen Veränderungen. Während zu Beginn des Betrachtungszeitraumes grundsätzlich noch Dienstzeiten von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr und zusätzliche 25-stündige Nachtdienste von 8.00 Uhr bis 9.00 Uhr des Folgetages vorgesehen waren, wurden ab November 2014 zunehmend Dienste im Ausmaß von 12,50 Stunden getätigt.

So zeigte der Ärztedienstplan vom Jänner 2013, dass in diesem Monat von Montag bis Freitag durchschnittlich sechs Ärztinnen bzw. Ärzte einen Tagdienst von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr und vier einen Nachtdienst von 8.00 Uhr bis 9.00 Uhr des Folgetages versahen. Zusätzlich waren ein bis zwei zehnstündige Tagdienste eingeteilt. Dies hatte zur Folge, dass am Vormittag durchschnittlich zwölf, am Nachmittag fünf bis sechs und ab

20.00 Uhr jedenfalls nur mehr vier Ärztinnen bzw. Ärzte in der Notaufnahme anwesend waren. Am Wochenende war die Besetzung rund um die Uhr durch vier 25-stündige Nachtdienste gegeben, die an manchen Tagen von einem weiteren Tagdienst unterstützt wurden.

Demgegenüber war dem Dienstplan vom Dezember des Jahres 2015 zu entnehmen, dass die Dienste gleichmäßiger verteilt waren. So waren überwiegend 12,50 Stunden-Dienste in der Zeit von 8.00 Uhr bis 20.30 Uhr bzw. von 20.00 Uhr bis 8.30 Uhr eingeteilt. Darüber hinaus wurden von einigen Mitarbeitenden nach wie vor 25-Stunden-Dienste in der Zeit von 8.00 Uhr bis 9.00 Uhr des Folgetages geleistet. Ergänzt wurde die Tagespräsenz von unterschiedlichen Tagdiensten, z.B. von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr, 8.00 Uhr bis 14.00 Uhr oder 10.00 Uhr bis 20.00 Uhr.

Somit waren im Dezember 2015 von Montag bis Freitag im Durchschnitt von 8.00 Uhr bis 10.00 Uhr sieben, von 10.00 Uhr bis 18.00 Uhr acht, von 18.00 Uhr bis 20.00 Uhr fünf und ab 20.00 Uhr vier Personen im Dienst. Im Vergleich dazu war an Wochenenden und Feiertagen von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr eine Person weniger und ab 18.00 Uhr die gleiche Anzahl an Ärztinnen bzw. Ärzten anwesend.

Zu beachten war, dass in diesem Dienstplan auch Turnusärztinnen bzw. Turnusärzte anderer Abteilungen (s. Pkt. 4.2.2), oftmals zu 25-Stunden-Diensten eingeteilt waren. Der Stadtrechnungshof Wien wertete aus, dass im zweiten Halbjahr 2015 pro Monat durchschnittlich 13 Dienste im Gesamtausmaß von rd. 300 Stunden von diesem nicht der Notaufnahme zugerechneten Personal erbracht wurden.

4.2.7 Im Jahr 2013 wurden vom ärztlichen Personal der Notaufnahme 977, im Jahr 2014 1.318 und im Jahr 2015 2.740 Überstunden verrechnet. Der Anstieg ergab sich insbesondere durch das ab 1. Juli 2015 gültige neue Arbeitszeitmodell und stieg nach Ende des Betrachtungszeitraumes weiter, sodass im ersten Halbjahr 2016 bereits 2.367 Überstunden ausbezahlt wurden.

4.3 Gesundheits- und Krankenpflege

4.3.1 Vom Beginn des Betrachtungszeitraumes bis 31. Mai 2015 waren zunächst 28 Dienstposten für DGKP vorgesehen. Im Zuge der Erhöhung der Ärztinnen- bzw. Ärztenachtdienste und der damit verbundenen neuen Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen wurde die Anzahl des Pflegepersonals auf insgesamt 31,50 Dienstposten angehoben. Diese waren im gesamten Betrachtungszeitraum nahezu vollständig besetzt (s. Pkt. 4.1, Tab. 1).

4.3.2 Eine der DGKP war als Stationsschwester und eine weitere als ihre Stellvertretung eingesetzt. Ein Großteil der zum Zeitpunkt der Einschau in der Notaufnahme tätigen DGKP hatte eine Zusatzausbildung im Manchester-Triage-System, einige Mitarbeitende verfügten über Spezialausbildungen (z.B. Endoskopie, Intensivmedizin).

4.3.3 Die Aufgaben des Pflegepersonals umfassten die pflegerische Betreuung der ambulanten und stationären Patientinnen bzw. Patienten. Je nach Diensterteilung waren zumindest eine Pflegeperson für die stationären Patientinnen bzw. Patienten, eine für die Tätigkeiten in jeweils drei Kojen und eine für die - seit dem Jahr 2015 in den Tätigkeitsbereich dieser Berufsgruppe fallende - Ersteinschätzung anhand des Manchester-Triage-Systems vorgesehen.

4.3.4 Die Diensterteilung des Pflegepersonals erfolgte im gesamten Betrachtungszeitraum grundsätzlich in der gleichen Weise und umfasste Dienste im Ausmaß von bis zu 12,25 Stunden. Als Rahmenbedingung für die Diensterteilung war vorgegeben, dass pro DGKP mindestens zwei Kurzdienste im Ausmaß von sechs bis zehn Stunden einzuplanen waren. Seit der Übernahme der Triage war eine Mindesttagespräsenz von sechs und eine Nachtpräsenz von fünf Mitarbeitenden definiert.

Der Dienstplan des Dezembers 2015 zeigte, dass nach zeitlich gestaffelten Dienstübergaben am Tag meist sieben bis acht und in der Nacht normalerweise fünf Mitarbeitende tätig waren.

4.3.5 Im Betrachtungszeitraum wurden bei leicht steigender Tendenz rd. 1.000 Überstunden pro Jahr an DGKP ausbezahlt.

4.4 Abteilungshilfen

Zur Unterstützung der Pflegepersonen bei einfachen Pflegehandlungen sowie für die Wahrnehmung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten waren Abteilungshelferinnen bzw. Abteilungshelfer tätig. Im Betrachtungszeitraum waren durchgängig zwei derartige Dienstposten vorgesehen, welche größtenteils besetzt waren (s. Pkt. 4.1, Tab. 1).

4.5 Administration

4.5.1 Für die administrativen Tätigkeiten in der Notaufnahme war das sogenannte "Schalterteam" zuständig. Für diese Kanzleibediensteten waren im Jahr 2013 6,50 und in den beiden Folgejahren 8,50 Dienstposten vorgesehen.

4.5.2 Der Iststand des Personals lag im Betrachtungszeitraum unter den Planwerten, weshalb auf externe Arbeitskräfte in Form von Leihpersonal zurückgegriffen wurde. Im ersten Halbjahr 2016 waren sämtliche Stellen besetzt und es wurde kein Leihpersonal mehr beschäftigt.

4.5.3 Die Hauptaufgaben der Kanzleibediensteten lagen in der Durchführung organisatorischer nichtmedizinischer Tätigkeiten am Empfangsschalter zur Entlastung und Unterstützung des medizinischen sowie des pflegerischen Personals. Hierzu gehörte insbesondere die Patientinnen- bzw. Patientenadministration sowie Auskunft und Hilfestellung in organisatorischen Fragen.

4.5.4 Grundsätzlich waren für diese Berufsgruppe 12-Stunden-Dienste von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr bzw. von 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr und zusätzliche Tagdienste im Ausmaß von sechs bzw. acht Stunden vorgesehen. Durch diese Diensteinteilung war eine Rund-um-die-Uhr-Besetzung des Schalterbereiches gewährleistet.

5. Abläufe

5.1 Interne Vorgaben

5.1.1 Um einen Überblick über die Organisation der Notaufnahme zu bekommen, wurden die diesbezüglichen Konzepte, Aufbau- und Ablaufdiagramme angefordert. Dem Stadtrechnungshof Wien konnten allerdings entsprechende gesamthafte Darstellungen und standardisierte Prozessabläufe nicht zur Verfügung gestellt werden. Derartige Unterlagen wären insofern von Bedeutung, da sie eine wichtige Basis für die Qualitätssicherung einer Organisationseinheit bilden. Zudem wurde die Verschriftlichung von Zuständigkeiten der Prozessbeteiligten unterschiedlicher Bereiche als notwendig erachtet.

Ergänzend war anzumerken, dass auch im ÖSG 2012 standardisierte Prozessabläufe mit definierten Zuständigkeiten als Qualitätskriterien für Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten vorgesehen waren.

Es wurde daher empfohlen, umfassende Prozessbeschreibungen mit Zuständigkeits- und Zusammenarbeitsregelungen in Form von Flussdiagrammen zu erstellen.

5.1.2 In einem folgenden Schritt erhob der Stadtrechnungshof Wien die Abläufe in der Notaufnahme anhand von Gesprächen mit Vertreterinnen bzw. Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen, Vor-Ort-Erhebungen und verschiedenen Dokumenten. In schriftlicher Form standen insbesondere Richtlinien für den Dienstbetrieb des ärztlichen Personals der Notaufnahme, definierte Richtlinien und Vorgehensweisen bei bestimmten Erkrankungen sowie Einschulungsunterlagen für neue Mitarbeitende aus dem Bereich des Pflegepersonals und des Kanzleipersonals zur Verfügung.

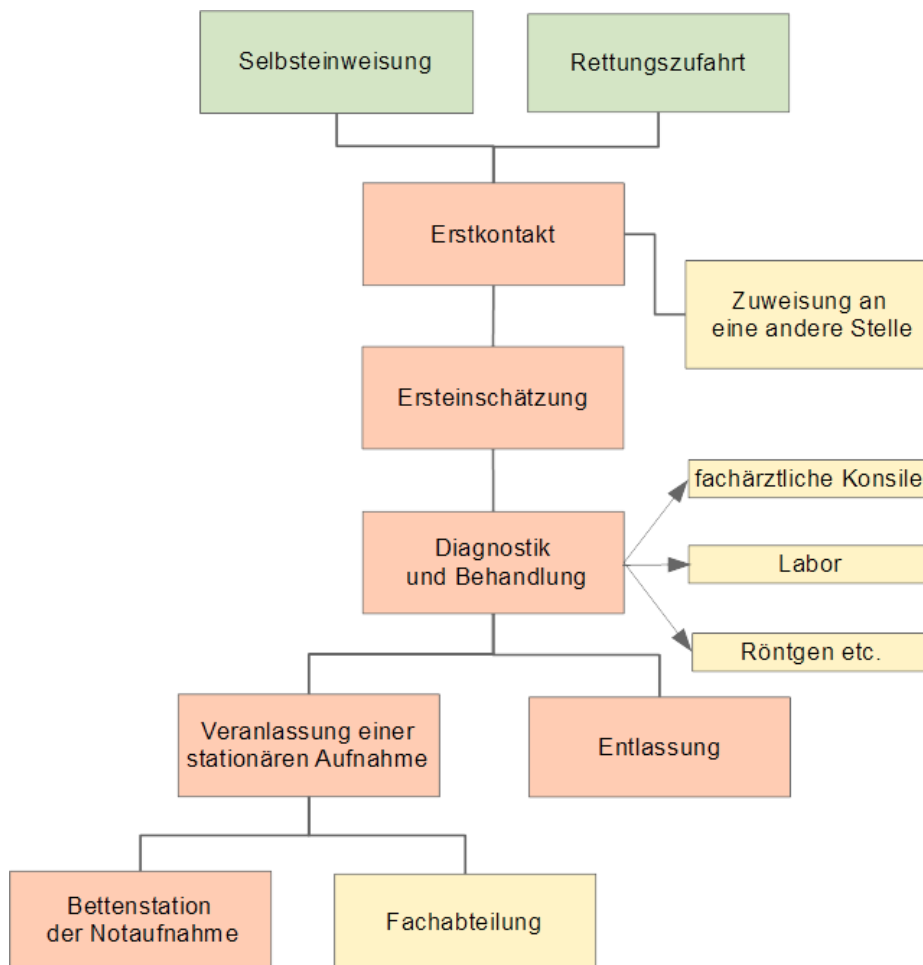
Zur besseren Nachvollziehbarkeit der tatsächlichen Abläufe erachtete der Stadtrechnungshof Wien auch eine Einschau in Patientinnen- bzw. Patientenakte als notwendig. Diese waren ausschließlich handschriftlich in Formularen verfasst und daher nicht elektronisch auswertbar. Um dennoch einen Einblick in die Patientinnen- bzw. Patientenversorgung zu erlangen, prüfte der Stadtrechnungshof Wien die Dokumentation von vier Tagen des Dezembers 2015. Diese Erhebungen umfassten 489 Papierakten, bei denen insbesondere der zeitliche Verlauf (Ankunftszeitpunkt, vorgesehener Behandlungszeit-

punkt, Beginn der Behandlung, Entlassungszeit), die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt, die konsiliarische Versorgung und eine etwaige stationäre Aufnahme erhoben wurden.

5.2 Ablaufschema

Folgende Abbildung zeigt das vom Stadtrechnungshof Wien erstellte Ablaufdiagramm der Erstversorgung von Patientinnen bzw. Patienten der Notaufnahme.

Abbildung 1: Ablaufschema



Darstellung: Stadtrechnungshof Wien

Zu beachten ist, dass sowohl dieses Diagramm als auch nachfolgende Ausführungen die vom Stadtrechnungshof Wien als gängige Praxis erkannte Ist-Situation widerspiegeln und somit die Abläufe und Zuständigkeiten seit der im Pkt. 4.3 angeführten neuen Aufgabenverteilung im Jahr 2015 zeigen.

5.3 Erstkontakt

Die Patientinnen bzw. Patienten kamen entweder selbst oder mit einem Rettungsdienst zur Leitstelle. Bei einem Aufnahmeschalter für die Selbstkommenden und einem gesonderten für Zufahrten von Rettungsdiensten erfassten die Kanzleibediensteten die Erkrankten im Krankenhausinformationssystem und händigten ein Identifikationsarmband aus. Ebenso legten sie für die Dauer des Aufenthaltes in der Notaufnahme ein Klemmbrett an, auf dem die Patientinnen- bzw. Patientenetiketten, der Triage-Bogen (s. Pkt. 5.4) und alle im Zuge der Behandlung erstellten Befunde und Unterlagen gesammelt wurden.

Nicht in die Zuständigkeit der Notaufnahme fallende Personen wie z.B. unfallchirurgische Fälle, Schwangere ab der 20. Schwangerschaftswoche sowie Kinder wurden direkt an die zuständigen Abteilungen weitergeleitet.

5.4 Ersteinschätzung

5.4.1 Unmittelbar nach der Administration nahm eine speziell geschulte Pflegeperson im Triage-Zimmer eine Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit der Patientin bzw. des Patienten anhand des Manchester-Triage-Systems vor. Anhand dessen wurde der Schweregrad der Erkrankung von Notfallpatientinnen bzw. Notfallpatienten festgestellt und darüber hinaus eine Priorisierung der Behandlungsreihenfolge vorgenommen. Für jede Dringlichkeitsstufe sollte innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens die ärztliche Behandlung begonnen und bei Überschreitung eine neuerliche Einschätzung vorgenommen werden. Die Einstufungen und empfohlenen maximalen Wartezeiten bis zum Behandlungsbeginn waren farblich gekennzeichnet und stellten sich wie folgt dar:

Tabelle 2: Einstufungen laut Manchester-Triage-System

Dringlichkeitsstufe	maximale Wartezeit	Farbcode
Sofort	0 min	rot
Sehr dringend	10 min	orange
Dringend	30 min	gelb
Normal	90 min	grün
Nicht dringend	120 min	blau

Quelle: Mackway-Jones/Mardsen/Windle (Hrsg.), Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Das Manchester-Triage-System, Darstellung Stadtrechnungshof Wien

5.4.2 Die Dringlichkeitsstufe und daraus resultierende Zielzeit wurde im dafür vorgesehenen Triage-Bogen eingetragen, der auch während des weiteren Behandlungsverlaufes zur Dokumentation (z.B. von Anamnese, Status, Dekurs, Diagnosen, Pflegebericht etc.) zur Verfügung stand. Alle diese Eintragungen wurden ebenso wie die Ersteinschätzung händisch vorgenommen. Lediglich die Zielzeit wurde im Patientinnen- bzw. Patientenadministrationssystem eingetragen; diese wurde bei Behandlungsbeginn allerdings programmbedingt automatisch gelöscht.

5.4.3 Sofern keine sofortige Behandlung angezeigt war, nahmen die Patientinnen bzw. Patienten nach Durchführung der Triage in einem der Wartebereiche Platz. Hierbei wurde darauf geachtet, dass Personen, die liegend oder in schlechter Verfassung waren, sich in dem Wartebereich unmittelbar vor den Untersuchungskojen aufhielten, da in diesem Bereich eine Überwachung durch das Personal erfolgen konnte.

5.5 Behandlung

5.5.1 Die Patientinnen bzw. Patienten wurden von den diensthabenden Ärztinnen bzw. Ärzten in den Untersuchungsräumen erstversorgt. Dabei wurden jene, die in der Dringlichkeitsstufe "sofort" eingestuft waren, in einer speziell ausgestatteten Untersuchungs-koje behandelt. Zudem stand für infektiöse Personen ein Infektionszimmer und für Überwachungsbedürftige ein gesonderter Beobachtungsraum zur Verfügung.

Gemäß einer internen Dienstanweisung waren Patientinnen bzw. Patienten der Dringlichkeitsstufen "sofort" und "sehr dringend" vorzureihen und die anderen in Folge ehestmöglich zu behandeln.

5.5.2 Die Erstversorgung umfasste die Untersuchung, Diagnostik und Durchführung bzw. Einleitung einer Therapie. Im Bedarfsfall wurden weitergehende Untersuchungsverfahren (z.B. Labor, Röntgen) eingesetzt und fachärztliche Auskünfte eingeholt. Während der Ambulanzzeiten wurde die Patientin bzw. der Patient dazu in eine Fachambulanz bzw. in ein Fachinstitut geschickt, wobei im Bedarfsfall interne Krankentransporte für Transferierungen zur Verfügung standen. Außerhalb der Zeiten ambulanter Versor-

gung in den Fachabteilungen wurden fachärztliche Konsile angefordert, die in den speziell eingerichteten Untersuchungsräumen der Notaufnahme erfolgten.

Patientinnen bzw. Patienten, die eine sofortige ambulante Therapie erhielten (z.B. Infusionen), wurden im Wartebereich vor den Kojen, der mit Liegeplätzen sowie Aufenthaltsmöglichkeiten für Begleitpersonen ausgestattet war, überwacht.

5.6 Entlassung

War aufgrund der Untersuchungen bzw. Behandlungen eine Entlassung nach Hause möglich, so wurde der Patientin bzw. dem Patienten ein handschriftlicher Arztbrief mit weiteren Therapieempfehlungen ausgehändigt und in Kopie dem Patientenakt beigelegt. Der Akt war damit abgeschlossen und wurde in einem Ordner in der Reihenfolge der an diesem Tag behandelten Personen archiviert.

5.7 Stationäre Aufnahme

5.7.1 Stellte die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt eine Anstaltsbedürftigkeit der Patientin bzw. des Patienten fest, erfolgte zumeist eine Aufnahme innerhalb des Wilhelminenspitals.

5.7.2 Falls die Betroffenen eine stationäre Versorgung mit dem Schwerpunkt in einem Bereich der Inneren Medizin benötigten, wurden diese an eine der sechs Internen bzw. an die Neurologische Abteilung überwiesen. Mit dem Ziel einer ausgewogenen Verteilung der Neuaufnahmen wurde die Zuteilung unter Berücksichtigung eines intern geregelten Kontingents durchgeführt. Ebenso wurde die jeweilige Auslastung der Station miteinbezogen, um Gangbetten nach Möglichkeit zu vermeiden. Die Notaufnahme informierte die betroffene Station telefonisch über die geplante Aufnahme, wobei bei den das Kontingent übersteigenden Aufnahmen eine abteilungsübergreifende Kommunikation der Oberärztinnen bzw. Oberärzte vorgesehen war.

5.7.3 Sofern die Diagnosestellung (meist in Form des fachärztlichen Konsils) die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme in einer anderen Fachabteilung ergab, erfolgte

diese vorrangig innerhalb des Wilhelminenspitals. In speziellen Fällen war auch eine Transferierung in andere Krankenanstalten möglich.

5.7.4 Ein geringer Teil der Patientinnen bzw. Patienten wurde in der Bettenstation der Notaufnahme aufgenommen. Der stationäre Aufenthalt innerhalb der Notaufnahme umfasste die weitere Diagnostik und Therapie der Patientin bzw. des Patienten. Im weiteren Verlauf war entweder eine Entlassung oder eine Transferierung in eine andere Fachabteilung möglich.

5.8 Dokumentation

Die Einschau zeigte, dass kein EDV-Programm für die speziellen Anforderungen der Notaufnahme zur Verfügung stand. Dieser Umstand wurde von sämtlichen Prozessbeteiligten bemängelt und auch der Stadtrechnungshof Wien konnte zahlreiche daraus resultierende Problemstellungen erkennen.

Insbesondere die Ersteinschätzung der Patientinnen bzw. Patienten nach dem Manchester-Triage-System gestaltete sich mangels EDV-Unterstützung durch die händische Anwendung der Schemen zeitaufwendiger und fehleranfälliger. Die der Triage folgende Behandlungsreihenfolge ergab sich nicht automatisch, sondern durch die Anordnung der Klemmbretter nach der Zielzeit. Bereits bei einem kurzen Aufenthalt an der Leitstelle konnte sich der Stadtrechnungshof Wien davon überzeugen, dass diese nicht immer in der vorgesehenen Reihenfolge von den behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten abgearbeitet wurden. Derartige Fehler könnten sich zu Lasten des Patientinnen- bzw. Patientenwohls auswirken und sind zudem später kaum nachvollziehbar.

Die händisch geführten Dokumentationen in der Notaufnahme bedingten nicht nur einen höheren Zeitaufwand (z.B. durch das Kopieren handgeschriebener Arztbriefe) sondern hatten auch weitere Auswirkungen zur Folge. So war es z.B. anderen Abteilungen nicht möglich, in die vollständige Krankenakte der Notaufnahme in elektronischer Form Einsicht zu nehmen, ebenfalls waren nahezu keine Auswertungen (z.B. hinsichtlich Diagnosen, Wartezeiten, behandelnde Ärztin bzw. behandelnder Arzt) durchführbar. Da die Akten auch nicht nachträglich eingescannt wurden, war ein großes Archiv (zwei Ordner

pro Tag) nötig, welches eine Reihe weiterer Problemstellungen (z.B. Verreihung, längere Zeitspannen beim Ausheben von Akten wiederkehrender Patientinnen bzw. Patienten) nach sich zog.

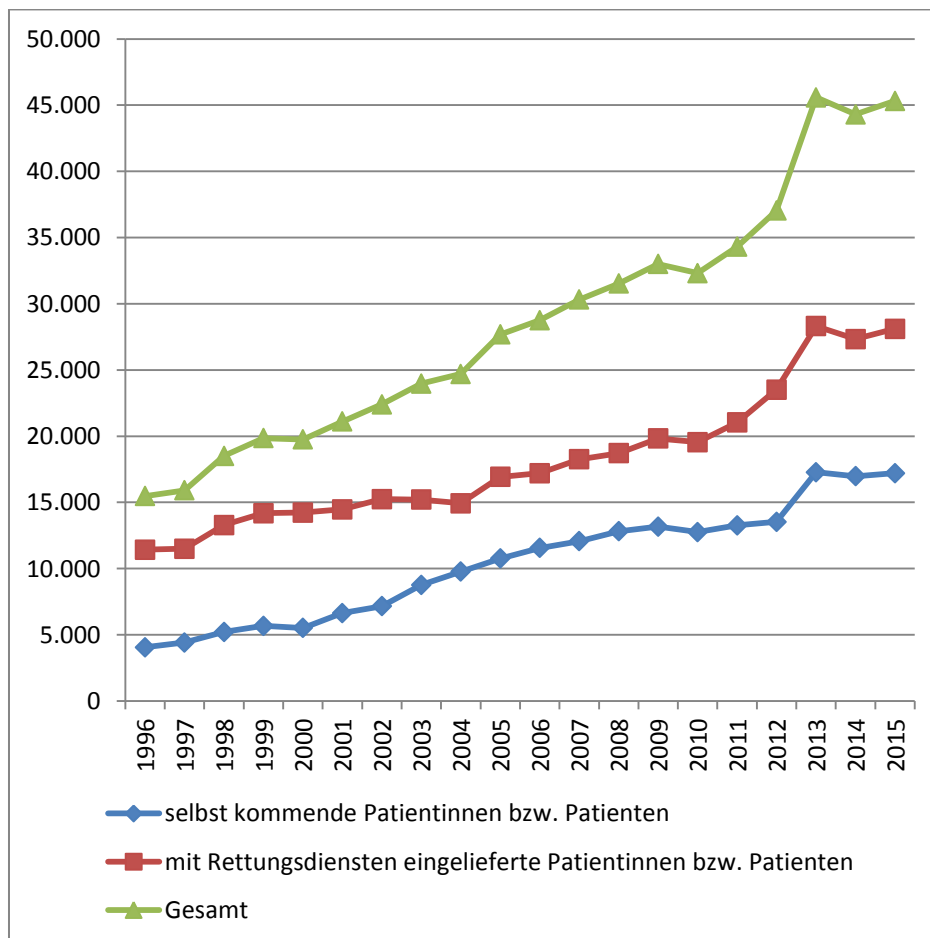
Der Stadtrechnungshof Wien empfahl daher, zur Qualitätssicherung und Arbeitsvereinfachung umgehend ein adäquates EDV-Programm zur umfassenden Dokumentation von Patientinnen bzw. Patienten inkl. Ersteinschätzung in der Notaufnahme zum Einsatz zu bringen.

6. Patientinnen bzw. Patientenfrequenz

6.1 Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen

6.1.1 Zur Veranschaulichung der Patientinnen- bzw. Patientenströme über einen längeren Zeitraum wurde nachfolgend die Entwicklung der Jahre 1996 bis 2015 abgebildet.

Abbildung 2: Patientinnen- bzw. Patientenströme der Jahre 1996 bis 2015



Quelle: Notaufnahme Wilhelminenspital, Darstellung Stadtrechnungshof Wien

Die Abbildung zeigt, dass sowohl die Anzahl der selbst kommenden Patientinnen bzw. Patienten als auch die Zufahrten von Rettungsdiensten nahezu kontinuierlich anstieg. Deutlich zu bemerken waren die Auswirkungen der interdisziplinären Erweiterung (inkl. Implementierung der Internen und Chirurgischen Aufnahmestation des Kaiserin-Elisabeth-Spitals) und Neuerrichtung der Notaufnahme im Jahr 2012, die im Jahr 2013 zu einer sprunghaften Steigerung der Frequenz führten.

Durch diese Entwicklungen stieg die Gesamtanzahl der Patientinnen bzw. Patienten in den vergangenen 20 Jahren von rd. 15.000 auf rd. 45.000 und somit auf das Dreifache des damaligen Wertes.

Der Anteil jener Patientinnen bzw. Patienten, die mit einem Rettungsdienst in die Notaufnahme gebracht wurden, lag in den Jahren 1996 bis 2015 zwischen rd. 59 % und rd. 74 %.

6.1.2 Für den Betrachtungszeitraum wurde die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten anhand der Daten aus der Kostenrechnung genauer analysiert:

Tabelle 3: Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz

	2013	2014	2015
Jährliche Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz	45.645	44.639	45.306
Durchschnittliche tägliche Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz	125	122	124

Quelle: Notaufnahme Wilhelminenspital, Abteilungsbericht, Darstellung Stadtrechnungshof Wien

Wie die Tabelle zeigt, unterlag die jährliche Frequenz seit dem Anstieg des Patientinnen- bzw. Patientenaufkommens vom Jahr 2012 auf das Jahr 2013 (s. Pkt. 6.1.1) nur geringfügigen Veränderungen.

6.1.3 Statistiken über die Art des Erstkontaktes zeigten, dass im Zeitraum der Jahre 2013 bis 2015 der Anteil jener Patientinnen bzw. Patienten, die mit einem Rettungsdienst in die Notaufnahme eingeliefert wurden, durchgehend bei rd. 62 % lag. Aus einer detaillierten Aufstellung war ersichtlich, dass bei den Zufahrten von Rettungsdiensten von deren Mitarbeitenden zu einem Großteil eine Verdachtsdiagnose aus dem internis-

tischen Spektrum gestellt wurde. So betrafen jährlich rd. 88 % diesen Bereich, bei rd. 9 % lagen chirurgische, bei rd. 2 % gynäkologische und bei rd. 1 % urologische Verdachtsdiagnosen vor.

Genauere Auswertungen über die Erkrankungen der Patientinnen bzw. Patienten waren nicht möglich, da die Erfassung der ambulant gestellten Diagnosen ausschließlich händisch in den Papierakten erfolgte. Bei den stationär aufgenommenen Patientinnen bzw. Patienten konnte lediglich jener Personenkreis ausgewertet werden, der in der Notaufnahme sowohl aufgenommen als auch entlassen wurde. Da diese jedoch nur einen sehr geringen Anteil am gesamten Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen ausmachten, wurde von einer entsprechenden Darstellung Abstand genommen.

6.1.4 Die durchschnittliche tägliche Frequenz lag im Betrachtungszeitraum bei rd. 124 Patientinnen bzw. Patienten. Eine Auswertung der Notaufnahme zeigte in diesem Zusammenhang eine Schwankungsbreite von 96 bis 172 behandelten Personen pro Tag. An Wochenenden lag die tägliche Frequenz im Durchschnitt rd. 10 % über jener der übrigen Wochentage.

Aus Analysen der Notaufnahme war zu entnehmen, dass im Tagesverlauf mit einem Anstieg des Patientinnen- bzw. Patientenaufkommens ab ca. 7.00 Uhr zu rechnen war. Die höchste Frequenz wurde zumeist am späteren Vormittag erreicht und erst am späten Abend, ab ca. 22.00 Uhr, war ein deutlicher Rückgang des Zustroms an Patientinnen bzw. Patienten zu beobachten. An Wochenenden war an den Vormittagen eine besonders deutliche Spitze erkennbar.

6.2 Patientinnen- bzw. Patientenbetreuung

6.2.1 Anhand der Gegenüberstellung der jährlichen Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz mit dem durchschnittlichen Personalstand wurde die durchschnittliche Frequenz pro Mitarbeitenden (in VZÄ, exkl. Leitungen) ermittelt. Zu bemerken war, dass bei den nachfolgenden Betrachtungen nicht zwischen der Frequenz ambulanter und stationärer Patientinnen bzw. Patienten unterschieden wird, der Anteil der stationären Aufnahmen jedoch im gesamten Betrachtungszeitraum unter 2 % der Gesamtfrequenz lag.

Tabelle 4: Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz je Mitarbeitenden

	2013	2014	2015	in %
Patientinnen bzw. Patienten je Ärztin bzw. Arzt	2.580	2.040	1.877	-27,3
Patientinnen bzw. Patienten je DGKP	1.719	1.676	1.600	-6,9

Quelle: Stadtrechnungshof Wien

Die Entwicklung zeigt, dass bei geringfügigen Veränderungen der Gesamtanzahl der Patientinnen bzw. Patienten (s. Pkt. 6.1.2) durch die Erhöhung des Personalstandes (s. Pkt. 4.1) die Frequenz pro Mitarbeitenden kontinuierlich verringert wurde.

6.2.2 Um einen Einblick in das durchschnittliche Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen pro Arbeitsstunde zu bekommen, stellte der Stadtrechnungshof Wien weitere Analysen an. Als Grundlage wurden die im Erlass des Krankenanstaltenverbundes "GED - 58/2016/FINANZ, Kalkulations- und Valorisierungsrichtlinie 2016/2017" vom 6. Oktober 2016 festgelegten kalkulatorischen Produktivstunden herangezogen. Erlassgemäß ist unter Abzug aller Abwesenheits- und nicht direkt zuordenbaren Anwesenheitszeiten (wie z.B. Fortbildungen, Dokumentationen, Leer- und Wegzeiten) berufsgruppenübergreifend von 210 effektiven Arbeitstagen pro Jahr und 6 Produktivstunden am Tag auszugehen. Dieser Richtlinie entsprechend wurde vom Stadtrechnungshof Wien die vorgesehene Arbeitszeit pro VZÄ auf diese 1.260 Produktivstunden je Mitarbeitenden reduziert. Zur Ermittlung der tatsächlichen Arbeitsstunden für das Jahr 2016 wurden den so ermittelten Produktivstunden des ärztlichen Dienstes (exkl. Leitung) die 2.740 ausbezahlten Überstunden sowie die rd. 600 Arbeitsstunden der auswärtigen Ärztinnen bzw. Ärzte hinzugerechnet. Daraus ergab sich ein durchschnittliches Aufkommen von 1,3 Patientinnen bzw. Patienten je derartig kalkulierter ärztlicher Arbeitsstunde bzw. eine durchschnittliche Zeit von 45 Minuten für die Versorgung einer Patientin bzw. eines Patienten.

Für den Gesundheits- und Krankenpflegebereich wurde aufgrund der vielfältigen Aufgabenbereiche in der Triage, in der ambulanten und stationären Pflege von einer patientenassoziierten Kennzahlberechnung Abstand genommen.

6.2.3 Zur Beurteilung des Personaleinsatzes im Tagesverlauf wurden vom Stadtrechnungshof Wien die Dienstplangestaltung (s. Pkt. 4.2.5) dem täglichen Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen (s. Pkt. 6.1.3) gegenübergestellt. Zunächst war zu bemerken, dass die Diensteinteilungen zu Beginn des Betrachtungszeitraumes, die an Vormittagen rd. doppelt so viel ärztliches Personal wie in den Nachmittags- und Abendstunden vorsahen, nicht dem tatsächlichen Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen entsprachen. Ebenfalls erschien die damalige ärztliche Besetzung an Wochenenden zu gering. Die im Laufe des Betrachtungszeitraumes durchgeführten Veränderungen der Arbeitszeitgestaltung, die zu einer gleichmäßigeren Verteilung des ärztlichen Personals im Tages- und Wochenverlauf geführt hatten, waren daher zu begrüßen.

Die Einschau zeigte jedoch weiters, dass die Präsenzzeiten der Ärztinnen bzw. Ärzte noch nicht optimal auf die tageszeitlichen Schwankungen des Patientinnen- bzw. Patientenaufkommens abgestimmt waren. Während die Personalbesetzung normalerweise ab 20.00 Uhr auf die vier den Nachtdienst versehenden Personen reduziert war, hielt das hohe Arbeitspensum durch den starken Zustrom in den Abendstunden noch bis ca. Mitternacht an. Der ehemalige Leiter der Notaufnahme bestätigte, dass in diesem Bereich bisher keine optimale Lösung gefunden werden konnte. Grund dafür war insbesondere, dass in der zwischen dem Krankenanstaltenverbund und der zuständigen Personalvertretung abgeschlossenen *"Rahmenvereinbarung zur Festlegung der Arbeitszeit für Ärztinnen und Ärzte"* vom 18. Februar 2015 das späteste Dienstende mit 20.30 Uhr festgelegt wurde. Eine Personalaufstockung nach diesem Zeitpunkt war daher durch Dienstzeitverschiebungen nicht möglich, sondern hätte vielmehr zusätzliche Nachtdienste erfordert.

6.2.4 Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege waren die zahlreichen unterschiedlich gelagerten Dienste weitgehend angemessen verteilt, obwohl auch in diesem Bereich einer Verschiebung der Dienste in die Abendstunden der Vorzug gegeben werden sollte. So war im Dienstplan Dezember 2015 die Anzahl der Mitarbeitenden ab 19.15 Uhr auf die Nachtdienstpräsenz reduziert. In den internen Vorgaben zur Dienst-einteilung der Gesundheits- und Krankenpflege war das spätestens zulässige Dienstende mit 21.00 Uhr angegeben.

6.2.5 Insgesamt betrachtet erachtete der Stadtrechnungshof Wien die Personalkapazitäten der Notaufnahme für das durchschnittliche Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen als ausreichend. Im Tagesverlauf war jedoch in den Abendstunden ein Spannungsverhältnis zwischen dem Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen und der Zahl des eingesetzten Personals feststellbar. Es wurde daher empfohlen, unter Bedachtnahme auf die besonderen Erfordernisse der Notaufnahme alle Möglichkeiten zur Optimierung der Dienstpläne auszuschöpfen, um die Personalpräsenz noch besser auf das Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen abzustimmen.

7. Ambulante Leistungen

7.1 Leistungsdokumentation

Die ambulanten Leistungen der Notaufnahme wurden entsprechend eines internen Katalogs dokumentiert.

Tabelle 5: Leistungen in den Jahren 2013 bis 2015

Leistungsarten	2013	2014	2015
Ambulantes Arztgespräch	45.898	45.515	46.980
Notfall-Erstuntersuchung	38.500	39.916	38.909
Blutdruckmessung	37.100	39.036	37.337
Peripherer Venenzugang	19.491	16.407	17.914
Abnahme von Blut	17.689	15.465	17.732
Elektrokardiogramm in Ruhe	17.260	14.796	13.665
Infusion	12.691	10.497	11.899
Blutgasanalyse	4.806	7.265	11.983
Injektion intravenös	3.368	1.911	3.105
Urin, Eintauch-Objekt	1.663	1.953	2.036
Sonstige Leistungen	2.487	2.578	3.911
Leistungen gesamt	200.953	195.339	205.471

Quelle: Abteilung Finanz, Kostenrechnung; Darstellung Stadtrechnungshof Wien

Im Betrachtungszeitraum wurden jährlich durchschnittlich rd. 200.000 ambulante Leistungen erfasst. Demgemäß wurden, gemessen an der Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz, durchschnittlich 4,40 Leistungen pro Fall erbracht. Vorrangig handelte es sich dabei um die im Zuge der Erstbegutachtung notwendigen Arztgespräche und Untersuchungen sowie Erstbehandlungen. Die in der Tabelle angeführten zehn häufigsten Leistungsarten stellten im Betrachtungszeitraum mindestens 90 % des gesamten Leis-

tungsspektrums dar, die restlichen Leistungen betrafen beispielsweise Drogen- und Schwangerschaftstests, Katheterisierungen, Echokardiographien und Reanimationen.

Die Erfassung dieser Leistungen war auf die vom Bundesministerium geforderten Leistungspositionen abgestimmt und stellten die Datengrundlage für die Übermittlung der Dokumentation ambulanter Leistungen an den Wiener Gesundheitsfonds dar.

7.2 Triage

7.2.1 Außerhalb der Dokumentation des internen Leistungskataloges wurde die unter Pkt. 5.4 beschriebene Ersteinschätzung vom Stadtrechnungshof Wien als weitere wichtige Leistung der Notaufnahme angesehen. Diese Leistung wurde seit Dezember 2015 von der Gesundheits- und Krankenpflege anhand des Manchester-Triage-Systems durchgeführt.

Aufgrund der fehlenden Erfassung in der EDV waren keine Auswertungen über die Dringlichkeitseinstufungen verfügbar. Als Richtwert gab der Leiter der Notaufnahme an, dass ein Großteil der Patientinnen bzw. Patienten, nämlich jeweils rd. 40 % als "dringend" und "normal", rd. 10 % als "sehr dringend" und nur ein geringer Anteil als "sofort" oder "nicht dringend" eingestuft wurde. Dies stimmte im Wesentlichen mit den Auswertungen der Stichprobe überein.

In den 489 Patientinnen- bzw. Patientenakten, die der Stadtrechnungshof Wien einer Einschau unterzog, war in 462 Fällen eine Triage dokumentiert. Eine Auswertung zeigte, dass 408 Personen, das waren rd. 90 % der triagierten Fälle, innerhalb der vorgesehenen Wartezeit behandelt wurden.

7.2.2 Wenn keine Behandlung innerhalb der maximalen Wartezeit - z.B. aufgrund hohen Patientinnen- bzw. Patientenaufkommens - erfolgen konnte, war eine Nachtrriage vorzunehmen. Entsprechend einer internen Vorgabe hatte sich die diensthabende Oberärztin bzw. der diensthabende Oberarzt dabei vom Zustand der Patientin bzw. des Patienten in Kenntnis zu setzen und eine neue Dringlichkeitseinstufung durchzuführen.

Die Erhebungen zeigten, dass eine solche Nachtriage nur selten durchgeführt wurde. In den 54 Fällen der Akteneinschau, in denen die Zielzeit nicht eingehalten wurde, war in lediglich zwei Fällen eine solche dokumentiert. Bei den restlichen 52 Fällen, die nicht innerhalb der vorgesehenen Wartezeit behandelt wurden, traten Verlängerungen der Wartezeit im Ausmaß von 2 bis 105 Minuten auf. Eine Häufung der Überschreitung des vorgesehenen Behandlungsbeginns war bei einer Dringlichkeitseinstufung "sehr dringend" bzw. "dringend" zu erkennen und betraß in den meisten Fällen rd. 15 Minuten.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl, aus Gründen der Patientinnen- bzw. Patientensicherheit die Gewährleistung eines Arztkontaktes in Form einer Behandlung oder einer Nachtriage innerhalb der festgelegten maximalen Wartezeit sicherzustellen.

7.3 Konsile

7.3.1 Aus einer internen Leistungsaufzeichnung der Notaufnahme konnte als weiteres Leistungsparameter die Anzahl der fachärztlichen Konsile ausgewertet werden. Diese stellten sich im Betrachtungszeitraum wie folgt dar:

Tabelle 6: Begutachtungen durch Fachärztinnen bzw. Fachärzte anderer Abteilungen

	2013	2014	2015	Veränderung 2013 bis 2015 in %
Chirurgie	1.867	1.921	1.482	-20,6
Urologie	1.821	1.893	1.592	-12,6
Gynäkologie	1.771	1.502	1.527	-13,8
Summe	5.459	5.316	4.601	-15,7

Quelle: Notaufnahme, Liste der Begutachtungen, Darstellung Stadtrechnungshof Wien

Diese Zahlen enthalten sowohl die konsiliarischen Begutachtungen innerhalb der Notaufnahme als auch jene, die im Rahmen des Ambulanzbetriebes auf den jeweiligen Fachabteilungen erfolgten. Über weitere konsiliarische Begutachtungen, die in untergeordnetem Ausmaß auch von anderen Fachrichtungen, wie z.B. Neurologie oder Dermatologie erfolgten, gab es keine Aufzeichnungen.

Die rückläufige Entwicklung der Konsiliardienste war sowohl in der Anzahl der Begutachtungen als auch im Vergleich mit der Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz erkenn-

bar. Beschränkt auf die ausgewiesenen Fächer erfolgte im Jahr 2013 bei 12 %, im Jahr 2014 bei 11,9 % und im Jahr 2015 bei 10,2 % der Patientinnen bzw. Patienten eine konsiliarische Begutachtung.

7.3.2 Die Indikationen zur Einholung fachärztlicher Konsile waren z.T. in den Richtlinien und Vorgehensweisen bei bestimmten Erkrankungen festgelegt. Nachfragen des Stadtrechnungshofes Wien bei den Abteilungsvorständen ausgewählter Fachrichtungen zeigten, dass ihrer Meinung nach diese Anforderungen in sehr unterschiedlichem Ausmaß und nach unterschiedlich qualifizierter Erstbeurteilung erfolgten. So wurde die Ansicht vertreten, dass Einschätzungen über die Notwendigkeit eines fachärztlichen Konsils für wenig erfahrene Turnusärztinnen bzw. Turnusärzte eine große Herausforderung darstellen würden. Sowohl fachlich als auch in Bezug auf eine vereinfachte Zusammenarbeit wurden der Wunsch nach langfristig tätigen und erfahrenen Mitarbeitenden im Bereich der Notaufnahme geäußert.

8. Stationäre Leistungen

8.1 Verteilung der stationären Aufnahmen

8.1.1 Mit der Feststellung der Anstaltsbedürftigkeit und der Zuweisung der stationären Aufnahmen hatte die Notaufnahme eine wichtige Funktion in der effizienten Patientinnen- bzw. Patientenversorgung zu erfüllen.

Im Zuge der Einschau zeigte die geprüfte Stelle anhand einer Aufstellung, dass trotz langfristig stark gestiegenem Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen die stationären Aufnahmen nur moderat anstiegen. Gemessen am Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen wäre demnach der Anteil stationärer Aufnahmen stark gesunken und hätte sich in den letzten 20 Jahren sogar halbiert. Eine genauere Analyse dieser Zahlen durch den Stadtrechnungshof Wien ergab, dass die Daten dieser Betrachtungen allerdings nicht valide waren. So fehlten in den Aufnahmezahlen etwa jene Personen, die von einem Rettungsdienst als chirurgische, urologische oder gynäkologische Fälle eingestuft sowie Patientinnen bzw. Patienten, die in einer anderen als den internistischen Fachabteilungen oder in der Station der Notaufnahme aufgenommen wurden. Zusätzliche Unschärfen ergaben sich dadurch, dass aufgrund der interdisziplinären Erweiterung

der Notaufnahme von einem über einen längeren Zeitraum divergierenden Patientenkontingent auszugehen war.

Zentrale Auswertungen über die Belegung der verschiedenen Abteilungen mit Patientinnen bzw. Patienten der Notaufnahme waren aufgrund der fehlenden Schnittstellen der unterschiedlichen EDV-Programme für ambulante und stationäre Versorgung nicht möglich. Eine gesicherte Aussage über die langfristige Entwicklung der Aufnahmen in Relation zum Gesamtaufkommen der Patientinnen bzw. Patienten konnte daher nicht getroffen werden.

8.1.2 Da sich die Aufzeichnungen der Notaufnahme nicht vollständig mit den Auswertungen der Kostenrechnung deckten und zudem nicht für den gesamten Betrachtungszeitraum vorlagen, ermittelte der Stadtrechnungshof Wien aus zwei verschiedenen Quellen Zahlen über die stationären Aufnahmen des Jahres 2015. Dazu wurden die Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz und die Anzahl der stationären Aufnahmen in der Bettenstation der Notaufnahme aus den Auswertungen der Kostenrechnung übernommen, die Verteilung der Personen auf die anderen Stationen entstammt den Statistiken der Notaufnahme.

Tabelle 7: Stationäre Aufnahmen im Jahr 2015

	Anzahl
Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz der Notaufnahme	45.306
davon stationäre Aufnahmen	12.219
davon	
In der Bettenstation der Notaufnahme	888
In einer der sechs Internen Abteilungen bzw. der Neurologischen Abteilung	9.275
In anderen Fachabteilungen	2.056

Quelle: Notaufnahme Wilhelminenspital, Abteilungsbericht und Aufnahmestatistik, Darstellung Stadtrechnungshof Wien

Die Aufstellung zeigt, dass von den insgesamt rd. 45.000 Personen, die im Jahr 2015 die Notaufnahme aufsuchten, rd. 27 % stationär aufgenommen wurden. Wie bereits unter Pkt. 5.7 beschrieben, wurde ein Großteil der Personen an eine der sechs Internen Abteilungen bzw. an die Neurologische Abteilung vermittelt, in denen Kontingentregelungen für die Notaufnahme bestanden. Der Anteil dieser Aufnahmen lag bei rd. 76 % der Gesamtaufnahmen. Auf anderen Fachabteilungen wurden rd. 17 % und auf der Bet-

tenstation der Notaufnahme lediglich rd. 7 % der Patientinnen bzw. Patienten aufgenommen.

8.2 Belegung der Bettenstation

8.2.1 Die Auswertungen der relevanten Kostenstelle ergaben für den stationären Bereich der Notaufnahme folgende Kennzahlen:

Tabelle 8: Kennzahlen für den stationären Bereich der Notaufnahme

	2013	2014	2015	Veränderung 2013 bis 2015 in %
Aufnahmen	798	866	888	11,3
Belagstage	1.101	1.008	760	-31,0
Durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	1,4	1,2	0,9	-38,0
Tatsächliche Betten	8	8	8	-
Durchschnittlich belegte Betten	3,0	2,8	2,1	-31,0
Durchschnittliche Bettenauslastung in %	37,7	34,5	26,0	-31,0

Quelle: Notaufnahme Wilhelminenspital, Abteilungsbericht, Darstellung Stadtrechnungshof Wien

Die Aufstellung zeigt eine durchgehend niedrige Bettenauslastung. Die moderate Steigerung der Aufnahmen konnte in Kombination mit der deutlichen Verringerung der Belagsdauern keine Verbesserung der Auslastung erzielen, vielmehr sank diese im Betrachtungszeitraum kontinuierlich. So entwickelte sich die durchschnittliche Auslastung von 37,7 % im Jahr 2013 auf 34,5 % im Jahr 2014 und erreichte mit 26 % im Jahr 2015 den Tiefpunkt. Dies führte dazu, dass in diesem Jahr von den vorhandenen acht Betten im Durchschnitt lediglich zwei belegt waren.

8.2.2 Gemäß dem ÖSG 2012 waren stationäre Aufenthalte in Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten aus zwei Gründen indiziert. Dies waren einerseits stationäre Kurzaufenthalte bis maximal 24 Stunden zur Abklärung der Behandlungserfordernisse sowie zur Patientinnen- bzw. Patientenbeobachtung und andererseits organisatorische Übernahmen ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routinearbeitszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinedienste (Tagdienst).

In den internen Regelungen der Notaufnahme war festgelegt, dass Patientinnen bzw. Patienten, bei denen ein kurzer stationärer Aufenthalt oder ein überdurchschnittlicher Aufwand (Stabilisierung, erweiterte Diagnostik, invasive Maßnahmen) zu erwarten war, in der eigenen Bettenstation aufgenommen werden sollten. Der im Betrachtungszeitraum zuständige Leiter der Notaufnahme nannte als Beispiele für Aufnahmeindikationen abgegrenzte Organprobleme, Vorhofflimmern, Vergiftungen und Schmerzzustände. Einer Pufferung der Patientinnen bzw. Patienten in der Notaufnahme mit einer Verlegung am nächsten Tag war nicht vorgesehen.

Ob eine Einhaltung der genannten internen Regelungen zu der geringen Auslastung führte oder ob auch Personen, welche die genannten Kriterien erfüllten, auf Fachabteilungen vermittelt wurden, konnte vom Stadtrechnungshof Wien nicht festgestellt werden. Dafür war einerseits die Definition der Zielgruppe zu unpräzise und andererseits fehlten Auswertemöglichkeiten über Diagnosen und über Aufenthalte nach Zuweisungen auf andere Abteilungen. Hinzuweisen war in diesem Zusammenhang auf die im Pkt. 8.1 beschriebenen vergleichsweise hohen Aufnahmezahlen anderer Abteilungen.

Der Stadtrechnungshof Wien empfahl, die Belegungsmodalitäten der Bettenstation der Notaufnahme unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten an die Vorgaben des ÖSG 2012 anzupassen und deren Einhaltung nachvollziehbar zu machen.

8.2.3 Alle vom Stadtrechnungshof Wien befragten Mitarbeitenden bestätigten, dass eine Zuweisung Anstaltsbedürftiger an Fachabteilungen auch über das Ausmaß der vorgesehenen Kontingente erfolgte und dadurch Überbelegungen anderer Stationen bei einem gleichzeitigen Vorliegen freier Bettenkapazitäten in der Notaufnahme möglich waren. Um diese Diskrepanz deutlich zu machen, wurde vom Stadtrechnungshof Wien in nachfolgender Tabelle die durchschnittliche Auslastung der Bettenstation der Notaufnahme jenen Fachabteilungen gegenübergestellt, an die von der Notaufnahme hauptsächlich zugewiesen wurde:

Tabelle 9: Auslastung ausgewählter Abteilungen im Jahr 2015

	Auslastung 2015 in %
Notaufnahme	26,0
1. Medizinische Abteilung	85,4
2. Medizinische Abteilung	92,7
3. Medizinische Abteilung	81,8
4. Medizinische Abteilung	89,4
5. Medizinische Abteilung	93,8
6. Medizinische Abteilung	93,5
Neurologische Abteilung	83,7

Quelle: Abteilung Finanz, Wilhelminenspital

Anzumerken war in diesem Zusammenhang, dass die hohe Auslastung in den medizinischen Fachabteilungen häufig zu einer angespannten Situation bei der Belegung führte und z.T. das Aufstellen von Gangbetten nach sich zog.

8.2.4 Sowohl von dem im Betrachtungszeitraum zuständigen als auch vom nachfolgenden ärztlichen Leiter wurden die Personalkapazitäten der Notaufnahme im ärztlichen Dienst für eine vollständige Belegung der Bettenstation als unzureichend erachtet. Diese Ansicht wurde von den Verantwortlichen des Gesundheits- und Krankenpflegebereiches in Bezug auf ihre Berufsgruppe nicht geteilt. Ihnen zufolge konnten mit den vorhandenen Personalkapazitäten nur besonders pflegeintensive Fälle nicht versorgt werden. Abgesehen von derartigen Einzelfällen wurde eine hohe Auslastung hingegen als bewältigbar erachtet.

Zur Frage der ausreichenden Personalkapazitäten gab der Stadtrechnungshof Wien zu bedenken, dass die ursprünglichen Planungen anhand einer täglichen Patientenfrequenz von rd. 200 Personen kalkuliert wurden. Die damals errechneten VZÄ wurden als Dienstposten systemisiert und im Betrachtungszeitraum weiter erhöht. Da die geplante Patientinnen- bzw. Patientenfrequenz bis dato nicht erreicht wurde, war für den Stadtrechnungshof Wien die Begründung der geringen Auslastung der Bettenstation infolge eines vornehmlichen Personalmangels im ärztlichen Bereich nicht nachvollziehbar. Vielmehr konnte, wie im Pkt. 6.2.2 errechnet, durch das vorhandene Personal, deren Überstunden und die zusätzlichen Dienste durch Ärztinnen bzw. Ärzte anderer Abteilungen eine adäquate Personalausstattung vorgehalten werden.

8.2.5 In Bezug auf eine mögliche Steigerung der Auslastung verdient auch die Thematik der Einlieferung von Patientinnen bzw. Patienten mit Alkoholintoxikationen Beachtung. Dieses Patientenklientel, welches z.T. aufwendige Behandlungs-, Überwachungs- und Pflegemaßnahmen erfordert, ist vom Gesundheitszustand oftmals im Grenzbereich der Anstaltsbedürftigkeit angesiedelt bzw. durchläuft diesen Zustand innerhalb weniger Stunden und verlässt danach in der Regel wieder die Anstalt. Der Stadtrechnungshof Wien konnte den Akten entnehmen, dass im Betrachtungszeitraum bei Alkoholintoxikationen nach einer entsprechenden Differentialdiagnostik oftmals nur ein Spitalsaufenthalt von wenigen Stunden auf einer Liege im sogenannten Überwachungsraum zu verzeichnen war. Eine stationäre Aufnahme erfolgte nicht.

Auffallend war, dass nach dem Wechsel der ärztlichen Führung der Notaufnahme entgegen der vorher geübten Praxis vermehrt stationäre Aufnahmen aufgrund von Alkoholintoxikationen vorgenommen wurden. Diese Maßnahme würde in Folge zwar zu einer höheren Auslastung führen, Ziel sollte es jedoch vielmehr sein, die Zuweisung Anstaltsbedürftiger an interne Abteilungen zu reduzieren.

Zur Entlastung der medizinischen Fachabteilungen und bestmöglichen Nutzung der personellen und räumlichen Ressourcen der Notaufnahme empfahl der Stadtrechnungshof Wien, die Auslastung der Bettenstation deutlich zu erhöhen.

9. Zukünftige Planungen

9.1 Spitalskonzept

9.1.1 Im Rahmen des im Jahr 2011 beschlossenen *"Wiener Spitalskonzept 2030"* wurde u.a. festgelegt, dass zur Gewährleistung der optimalen Patientinnen- bzw. Patientenversorgung flächendeckend die Weiterentwicklung bzw. Etablierung eigenständiger Zentraler Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten zu erfolgen hat. In der weiterführenden *"Master-Betriebsorganisation"* wurde der idealtypische Ablauf von notfallmedizinischen Patientinnen bzw. Patienten anhand von Zusammenarbeitsgrafiken mit den Prozessbeteiligten innerhalb der Krankenanstalt sowie Planungsansätze im Personalbereich dargestellt.

9.1.2 Als Grundlage für konkrete Planungen erfolgte im Sommer 2015 in den Notaufnahmen der Wiener Städtischen Krankenhäuser (Donauspital, Krankenanstalt Rudolfstiftung, Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wilhelminenspital, Krankenhaus Hietzing, Krankenhaus Floridsdorf) eine Bestandsaufnahme. Ein daraufhin im Jahr 2016 gestartetes Transformationsprogramm gab Kriterien für ein abteilungsübergreifendes Realisierungskonzept und Schritte zur Zielerreichung der einzelnen Standorte unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten vor. Als Ziel wurde insbesondere die Entlastung von Ambulanzen und Stationen, z.B. durch die Vermeidung von nicht indizierten Aufnahmen und Kurzaufenthalten festgelegt. Ebenso sollten die Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten eine Pufferfunktion wahrnehmen, wodurch die Bettenstationen vorrangig in der Nacht entlastet wären und notwendige Verlegungen erst am Folgetag erfolgen würden.

9.2 Planungen im Wilhelminenspital

9.2.1 Etwa im selben Zeitraum wurde im Zuge der Planungen eines Spitalsneubaus des Wilhelminenspitals auch die Errichtung einer neuen Notaufnahme inkl. Erweiterung um pädiatrische und unfallchirurgische Patientinnen bzw. Patienten geplant. Zum Zeitpunkt der Einschau waren diese Planungen hinfällig, da das Wilhelminenspital nunmehr in das Transformationsprogramm integriert worden war. Insbesondere eine Erweiterung der Notaufnahme in Bezug auf das Patientenkontingent schien unwahrscheinlich, da langfristig vielmehr eine Einstellung der unfallmedizinischen Versorgung an diesem Standort angedacht wurde.

Nach Ansicht des Stadtrechnungshofes Wien sollten Planungen künftige Entwicklungen möglichst weitgehend berücksichtigen. Ebenso sollten zur Schonung der Ressourcen Ziele geradlinig verfolgt werden. Wie die Einschau zeigte, fehlten derartige über einen längeren Zeitraum bestehende durchgehende Planungen und deren konsequente Zielverfolgung allerdings.

9.2.2 Als Teil des Projektes der krankenanstaltenweiten Etablierung Zentraler Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten wurden die zu planenden Bettenzahlen errechnet.

Aufgrund des Leistungsportfolios wurde für das Wilhelminenspital als Planungsgrundlage eine jährliche Zahl von 80.000 ambulanten und 16.000 stationären Patientinnen bzw. Patienten in der Notaufnahme herangezogen. Anhand dieser prognostizierten Zahlen wurde eine mittelfristige Aufstockung von 8 auf 18 Betten und eine endgültige Stationsgröße mit 32 Betten in der Endausbaustufe für das Jahr 2030 geplant.

Über die Örtlichkeit der künftigen Bettenstation gab es zum Zeitpunkt der Einschau des Stadtrechnungshofes Wien keine Entscheidung. Aufgrund der beschränkten räumlichen Möglichkeiten in unmittelbarer Nähe zur bestehenden Notaufnahme wurden die Adaptierung einer bestehenden Station in einem angrenzenden Gebäude sowie eine Containerlösung thematisiert. Bei beiden Varianten war mit Erschwernissen im Ablauf, etwa durch Wegzeiten zu rechnen.

Zu bemerken war, dass - wie im Pkt. 8.2 beschrieben - im gesamten Betrachtungszeitraum die Belegungsmodalitäten der eigenen Station nicht zu einer adäquaten Auslastung der zum Zeitpunkt der Einschau vorhandenen acht Betten führten. Wie bereits erwähnt, war im Jahr 2015 bei einem Aufkommen von rd. 12.000 stationären Patientinnen bzw. Patienten in der Notaufnahme ein Durchschnittsbelag von 2,10 Betten gegeben. Bei einer Fortsetzung der bisherigen Belegungspraxis schien es daher ausgeschlossen, im Jahr 2030 bei den prognostizierten 16.000 stationären Aufnahmen eine adäquate Belegung der geplanten 32 Betten zu erzielen. Der Stadtrechnungshof Wien empfahl daher, vor einem Ausbau der Bettenstation der Notaufnahme ein effizientes und nachvollziehbares Belagskonzept zu erstellen.

10. Zusammenfassung der Empfehlungen

Empfehlung Nr. 1:

Die fachliche Qualität sollte durch die Erstellung eines Fort- und Weiterbildungsplanes für das ärztliche Personal und die verpflichtende regelmäßige Aktualisierung der notfallmedizinischen Kompetenzen gesichert werden (s. Pkt. 4.2.4).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Die fachliche Qualität ergibt sich durch die Ausbildung im Sonderfach (üblicherweise Innere Medizin oder Anästhesie und Intensivmedizin) bzw. durch die Ausbildung in Allgemeinmedizin, da Notfallmedizinische Kompetenzen bereits dort wesentliche Teile des Lehrzielkataloges darstellen. Diesbezüglich existieren die Aus-, Fort- und Weiterbildungsvorgaben der Österreichischen Ärztekammer.

Im Zuge der weiteren Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und der Gestaltung der Dienstzeiten wird der Krankenanstaltenverbund auch verstärkt die Ausbildungsvorgaben berücksichtigen.

Empfehlung Nr. 2:

Umfassende Prozessbeschreibungen mit Zuständigkeits- und Zusammenarbeitsregelungen für den Bereich der Notaufnahme sollten in Form von Flussdiagrammen erstellt werden (s. Pkt. 5.1.1).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund:

Im Zuge des Projektes der Zentralen Notaufnahmen in den Wiener Städtischen Krankenanstalten werden die Abläufe, Zuständigkeits- und Zusammenarbeitsregelungen im medizinisch sinnvollen Ausmaß weiterentwickelt. Dies umfasst vor allem Standard Operating Procedures aber auch Prozessbeschreibungen (z.B. Flussdiagramme). Standard Operating Procedures für das Sonderfach Urologie wurden bereits erarbeitet, derzeit laufen Abstimmungen mit dem Sonderfach Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

Dadurch soll die Konsiliartätigkeit geregelt werden und sichergestellt sein, dass die Zentralen Notaufnahmen Patientinnen bzw.

Patienten selbstständig begutachten und behandeln. Als Projektende ist Dezember 2018 (mit Ende der Phase eins des Transformationsprogrammes) geplant.

Empfehlung Nr. 3:

Zur Qualitätssicherung und Arbeitsvereinfachung wäre umgehend ein adäquates EDV-Programm zur umfassenden Dokumentation von Patientinnen bzw. Patienten inkl. Ersteinschätzung in der Notaufnahme zum Einsatz zu bringen (s. Pkt. 5.8).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die Zentrale Notaufnahme im Wilhelminenspital hat mit 28. Februar 2017 und 11. April 2017 in impuls.kis den ambulanten Workflow - angepasst an ihre Untersuchungsräume und betriebsorganisatorischen Gegebenheiten - erhalten. Dabei können mittels Symbolen die Kategorien der Manchester Triage gesetzt werden. In der Ambulanzkarte erfolgt die Dokumentation in Freitextformat. Laut derzeitigen Plan soll im Juli 2017 die Manchester Triage und die standardisierte Notaufnahmedokumentation (strukturiertes Format) in impuls.kis der zentralen Notaufnahme Wilhelminenspital zur Verfügung gestellt werden. Die Inbetriebnahme soll dann im Anschluss erfolgen.

Durch den Einsatz der elektronischen Manchester Triage in impuls.kis werden in den To-do-Listen die jeweiligen Kategorien angezeigt. Zusätzlich sind die zulässigen Wartezeiten je Kategorie hinterlegt und es erfolgt eine entsprechende Änderung der Anzeige bei Wartezeitablauf.

Empfehlung Nr. 4:

Um die Personalpräsenz noch besser auf das Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen abzustimmen, wären alle Möglichkeiten zur Optimierung der Dienstpläne im Bereich der Notaufnahme auszuschöpfen (s. Pkt. 6.2.5).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Im Zuge des Projektes der Zentralen Notaufnahmen in den Wiener Städtischen Krankenanstalten wird auch das Thema der Personaleinsatzplanung in Abhängigkeit mit dem Patientinnen- bzw. Patientenaufkommen evaluiert.

Als Projektende ist Dezember 2018 (mit Ende der Phase eins des Transformationsprogrammes) geplant.

Empfehlung Nr. 5:

Aus Gründen der Patientinnen- bzw. Patientensicherheit sollte die Gewährleistung eines Arztkontaktes in Form einer Behandlung oder einer Nachtriage innerhalb der festgelegten maximalen Wartezeit sichergestellt werden (s. Pkt. 7.2.2).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Der Krankenanstaltenverband ist bestrebt, die durch die Triage vorgegebene maximale Wartezeit einzuhalten. Eine Überschreitung der durch das Triage-System definierten Wartezeit stellt nicht per se eine Einschränkung der Patientinnen- bzw. Patientensicherheit dar, zumal durch die räumliche Anordnung des Wartebereiches und der Leitstelle auch eine sofortige Kontaktaufnahme bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes einer erkrankten Person möglich ist.

Diese Maßnahme zur Patientinnen- bzw. Patientensicherheit ist erforderlich, da unabhängig von der Triage-Stufe eine Verschlechterung des Zustandes auch bereits vor Ablauf der definierten Wartezeit erfolgen kann.

Empfehlung Nr. 6:

Die Belegungsmodalitäten der Bettenstation der Notaufnahme wären unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten an die Vorgaben des ÖSG 2012 anzupassen und deren Einhaltung nachvollziehbar zu machen (s. Pkt. 8.2.2).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Die geringe Anzahl der bisher vorhandenen Betten bedingte eine sehr maßvolle Nutzung, da die Betten einerseits für Verlaufsbeobachtungen und Therapieverabreichungen herangezogen werden, andererseits sollten schon bisher Aufnahmen bis zur Übernahme durch die jeweilige Fachabteilung erfolgen.

Im Zuge der Weiterentwicklung der Zentralen Notaufnahme kann der Empfehlung des Stadtrechnungshofes Wien insofern Folge geleistet werden, als durch eine bauliche Vergrößerung vorerst 18 Betten und im Endausbau des Spitalneubaus des Wilhelminenspiitals 32 Betten geschaffen werden. Erst durch die Erweiterung der Station kann die Zentrale Notaufnahme alle definierten Leistungen in vollem Umfang erbringen.

Empfehlung Nr. 7:

Zur Entlastung der medizinischen Fachabteilungen und bestmöglicher Nutzung der personellen und räumlichen Ressourcen der Notaufnahme wäre die Auslastung der Bettenstation deutlich zu erhöhen (s. Pkt. 8.2.5).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Diesbezüglich wurde auf die Stellungnahme zur Empfehlung Nr. 6. verwiesen.

Empfehlung Nr. 8:

Vor einem Ausbau der Bettenstation der Notaufnahme sollte ein effizientes und nachvollziehbares Belagskonzept erstellt werden (s. Pkt. 9.2.2).

Stellungnahme der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverband:

Im Medizinischen Masterplan 2030 wurde auch die Aufgabe einer Zentralen Notaufnahme präzisiert.

Im Sinn eines Belagskonzeptes wurde festgelegt, welche Patientinnen bzw. Patienten für die Aufnahme in ein systemisiertes Bett der Zentralen Notaufnahme vorgesehen sind:

- Jene Patientinnen bzw. Patienten, die hinsichtlich der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes eine längere Beobachtung bzw. eine Erstbehandlung benötigen,
- jene Patientinnen bzw. Patienten, für die eine Übernahme auf eine Fachabteilung erforderlich ist, die jedoch außerhalb der Kernbetriebszeiten an der Zentralen Notaufnahme aufgenommen wurden. Der Transfer erfolgt in diesen Fällen am nächsten Morgen.

Der Stadtrechnungshofdirektor:

Dr. Peter Pollak, MBA

Wien, im August 2017