

Bericht des Rechnungshofes

Ärzteausbildung

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____	8
Abkürzungsverzeichnis _____	10

BMG**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit****Ärzteausbildung**

KURZFASSUNG _____	14
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	43
Ausgangslage und Umfeld _____	46
Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung ____	64
Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin _____	94
Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen _____	127
Rasterzeugnisse _____	142
Qualitätssicherung der Ärzteausbildung _____	157
Arbeitszeiten von Turnusärzten _____	174
Entlohnung der Turnusärzte _____	180
Maßnahmen zur Korruptionsprävention _____	185
Zusammenfassung _____	192
Schlussempfehlungen _____	199

ANHANG

Anhang 1 bis 7 _____	211
----------------------	-----

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ausbildungsstrukturen bis Ende 2014 und NEU (ab. 1. Jänner 2015)	49
Abbildung 2:	Absolventen Humanmedizin nach Staaten-zugehörigkeit des Sekundarabschlusses	54
Abbildung 3:	Anzahl der Absolventen des Medizinstudiums pro 100.000 Einwohner 2011 (bzw. letztes Jahr der Verfügbarkeit)	55
Abbildung 4:	Absolventen österreichischer Medizinuniversitäten (einschließlich Paracelsus Medizinische Privat-universität) – ärztliche Tätigkeit – Drop-out	58
Tabelle 1:	Allgemeinmediziner mit Ordinationsniederlassung im Juli 2014	59
Tabelle 2:	Österreichische Ärzte in Deutschland – deutsche Ärzte in Österreich	61
Tabelle 3:	Besetzung TÄ/A – Entwicklung 2011 bis 2014	71
Tabelle 4:	AKH Wien, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014	74
Tabelle 5:	LKH Innsbruck, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014	75
Tabelle 6:	LK St. Pölten/Lilienfeld, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014	76
Tabelle 7:	LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – Entwicklung 2011 bis 2014	77
Tabelle 8:	Organisation und Besetzung der Inneren Medizin	95
Tabelle 9:	Teilbereiche eines schriftlichen Ausbildungskonzepts für TÄ/A und TÄ/F an der Inneren Medizin am AKH Wien und LKH Innsbruck	111

Tabelle 10:	Teilbereiche eines schriftlichen Ausbildungskonzepts TÄ/A – Standort Waidhofen _____	112
Tabelle 11:	Durchschnittliche Ausbildungsdauer in Monaten ____	125
Abbildung 5:	Vergleich der Umsetzung der in § 15 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten _____	140
Tabelle 12:	Ausgewählte Richtzahlen im Rasterzeugnis für Chirurgie _____	151
Tabelle 13:	Appendektomien an den Abteilungen bzw. Kliniken für Chirurgie 2010 bis 2013 _____	152
Tabelle 14:	Ausgewählte Richtzahlen im Rasterzeugnis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe _____	153
Tabelle 15:	Normale Geburten an den Abteilungen bzw. Kliniken für Frauenheilkunde 2010 bis 2013 _____	154
Tabelle 16:	Kaiserschnitte an den Abteilungen bzw. Kliniken für Frauenheilkunde 2010 bis 2013 _____	155
Tabelle 17:	Vorgaben des KAKuG hinsichtlich der Facharzt- anwesenheit _____	162
Tabelle 18:	Höchstleistungszeitgrenzen gemäß Betriebsverein- barungen der überprüften Krankenanstalten _____	176
Tabelle 19:	Entlohnung der TÄ/A und TÄ/F – Bandbreiten (Modellrechnung) _____	183

Abkürzungsverzeichnis

ÄAO	Ärzteausbildungsordnung
ABl.	Amtsblatt
Abs.	Absatz
AKH Wien	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus
Art.	Artikel
ÄQZ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
ÄrzteG 1998	Ärztegesetz 1998
AZW	Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWF	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUR	Euro
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FMH	Fédération des médecins suisses
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IM	Innere Medizin
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund

KEF-VO	Verordnung der ÖÄK über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse und Prüfungszertifikate
KEF und RZ VO 2015	Verordnung der ÖÄK über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher
KIM	Klinik für Innere Medizin (AKH Wien)
LGBl.	Landesgesetzblatt
lit.	litera
LK	Landeskrankenhaus, Landeskliniken
LKH Innsbruck	Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck
Mio.	Million(en)
MUI	Medizinische Universität Innsbruck
MUW	Medizinische Universität Wien
NÖ KAG Nr.	Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz Nummer
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
rd.	rund
RH	Rechnungshof
StGB	Strafgesetzbuch
TA(Ä)/A	Arzt (Ärzte) in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin
TA(Ä)/F	Arzt (Ärzte) in Ausbildung zum Facharzt
TILAK	TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH
Tir KAG	Tiroler Krankenanstaltengesetz
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
UVS	Unabhängiger Verwaltungssenat

Abkürzungen



VfGH
vgl.
VZÄ

Verfassungsgerichtshof
vergleiche
Vollzeitäquivalente

Wr. KAG

Wiener Krankenanstaltengesetz 1987

Z
z.B.

Ziffer
zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Ärzteausbildung

Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in Österreich über Jahrzehnte hinweg im Wesentlichen unverändert. Für die nach jahrelangen Bemühungen im Jahr 2014 schließlich erfolgte Ärzteausbildungsreform fehlten wichtige Entscheidungsgrundlagen. So waren vor allem wesentliche Daten (z.B. Abwanderungsgründe und -zahlen von Absolventen, Drop-out-Gründe von Turnusärzten) nicht ausreichend vorhanden. Die Verlagerung der Regelung wesentlicher Ausbildungsinhalte von der Gesetzgebung zur Verwaltung war ebenfalls kritisch zu sehen, ebenso der im Hinblick auf die grundlegende Neugestaltung äußerst kurze Umsetzungszeitraum von einem knappen halben Jahr.

Bis zur Ausbildungsreform blieben die Anerkennungen der Ausbildungsstätten (Krankenanstalten insgesamt oder Abteilungen/Kliniken) über Jahrzehnte hinweg gültig, ohne je evaluiert worden zu sein. In den vergangenen fünf Jahren führte die Österreichische Ärztekammer – entgegen den gesetzlichen Vorgaben – auch keine Überprüfungen der Ausbildungsqualität in den Ausbildungsstätten vor Ort mehr durch, wodurch diesbezüglich jegliche hoheitliche Ausbildungskontrolle fehlte.

In den überprüften Krankenanstalten Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus, Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck, Landeskrankenhaus St. Pölten/Lilienfeld sowie Landeskrankenhaus Gmünd/Waidhofen/Zwettl wurde die gesetzlich vorgesehene dreistufige Ausbildungsverantwortung (Krankenanstaltenträger, Ärztlicher Leiter, Klinikvorstand/Abteilungsleiter) in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen; durchgängig einheitlich strukturierte nachvollziehbare Ausbildungsprozesse fehlten. Wesentliche Qualitätssicherungsinstrumente (z.B. Logbuch, Ausbildungskonzept, Ausbildungsplan) waren nur teilweise vorhanden, entsprechende Umsetzungs- und Kontrollmechanismen existierten ebenfalls kaum. Die Administration und Kontrolle der Rasterzeugnisse, dem wesentlichsten Ausbildungs-Erfolgsnachweis, war in allen überprüften Krankenanstalten mangelhaft.

In den überprüften Krankenanstalten war jedoch in den letzten Jahren das Bemühen um Verbesserungen der Ärzteausbildung erkennbar; so gab es insbesondere auch Anstrengungen, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und diplomiertem Pflegepersonal zu stärken und die Möglichkeiten des sogenannten mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs zu nutzen. Die aktuelle Reform der Ärzteausbildung sieht auch eine Reihe von Qualitätserfordernissen für die Ausbildung (etwa einen Ausbildungsplan) vor; ihre Umsetzung wird für die Krankenanstalten bzw. deren Träger eine große Herausforderung darstellen.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Turnusausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (Turnusarzt in allgemeinmedizinischer Ausbildung) und zum Facharzt (Turnusarzt in Facharztausbildung) im Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich sowie die organisatorischen Rahmenbedingungen, die Ausbildungspraxis und die Qualitätssicherung im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien), im Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck (LKH Innsbruck), im Landeskrankenhaus St. Pölten/Lilienfeld (LK St. Pölten/Lilienfeld) sowie im Landeskrankenhaus Gmünd/Waidhofen/Zwettl (LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl) zu beurteilen. Weiters überprüfte der RH Korruptionspräventionsmaßnahmen in den überprüften Krankenanstalten. (TZ 1)

Hinsichtlich der Ausbildungspraxis überprüfte der RH schwerpunktmäßig die Ausbildung im Fachbereich Innere Medizin. Dies deshalb, weil alle überprüften Krankenanstalten über Organisationseinheiten für Innere Medizin verfügten und zur Zeit der Gebarungsüberprüfung dort die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin mit zwölf Monaten am längsten war. Ferner wurde ein Vergleich mit den Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung in Deutschland und der Schweiz angestellt. (TZ 1)

Im Zuge der Gebarungsüberprüfung überprüfte der RH auch Inhalt und Umsetzungsstand der kürzlich vorgenommenen Reform der Ärzteausbildung (Ärzteausbildung NEU). (TZ 1)

Ausgangslage und Umfeld**Ausgestaltung der Ärzteausbildung**

Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in den letzten Jahrzehnten in Österreich im Wesentlichen unverändert. Vorschriften über die Ausübung des ärztlichen Berufs hatte der Bund aufgrund seiner Kompetenz nach Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Gesundheitswesen) als Materiengesetzgeber in Form des Bundesgesetzes über die Ausübung des ärztlichen Berufs und die Standesvertretung der Ärzte (ÄrzteG 1998) erlassen. (TZ 2)

Demnach hatte die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in unterschiedlichen Fachgebieten (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Neurologie oder Psychiatrie) zu erfolgen und dauerte mindestens drei Jahre. Für die Ausbildung zum Facharzt in einem Sonderfach war eine mindestens sechsjährige praktische Ausbildung zu absolvieren. (TZ 2)

Auf den Regelungen des ÄrzteG 1998 aufbauend, hatte das BMG eine Ärzteausbildungsverordnung (ÄAO) erlassen. Darin wurden die Aufgabengebiete der fertig ausgebildeten Ärzte und daran anknüpfend Ziel und Umfang der Ausbildung definiert. Welche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Rahmen der Ausbildung genau zu erwerben waren, regelte der Bund allerdings nicht selbst, sondern seit der 5. ÄrzteG-Novelle BGBl. I Nr. 140/2003 die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) im übertragenen Wirkungsbereich. (TZ 2)

Mit dem Ziel, eine dem Stand der Wissenschaft und den modernen Anforderungen entsprechende qualitätsvolle Ärzteausbildung zu schaffen, sowie aus Sorge um einen Nachwuchsmangel, gab es seit einigen Jahren Bemühungen um eine Reform dieser Ausbildung. (TZ 2)

Die im Oktober 2014 beschlossene Novelle zum ÄrzteG 1998 sah eine grundsätzliche Neugestaltung der Ärzteausbildung vor; die Novelle ist am 1. Jänner 2015 bzw. teilweise am 1. Juli 2015 in Kraft getreten. Die Ärzteausbildung NEU ist für jene Personen verpflichtend, die ab 1. Juni 2015 ihre ärztliche Ausbildung beginnen werden. (TZ 2)

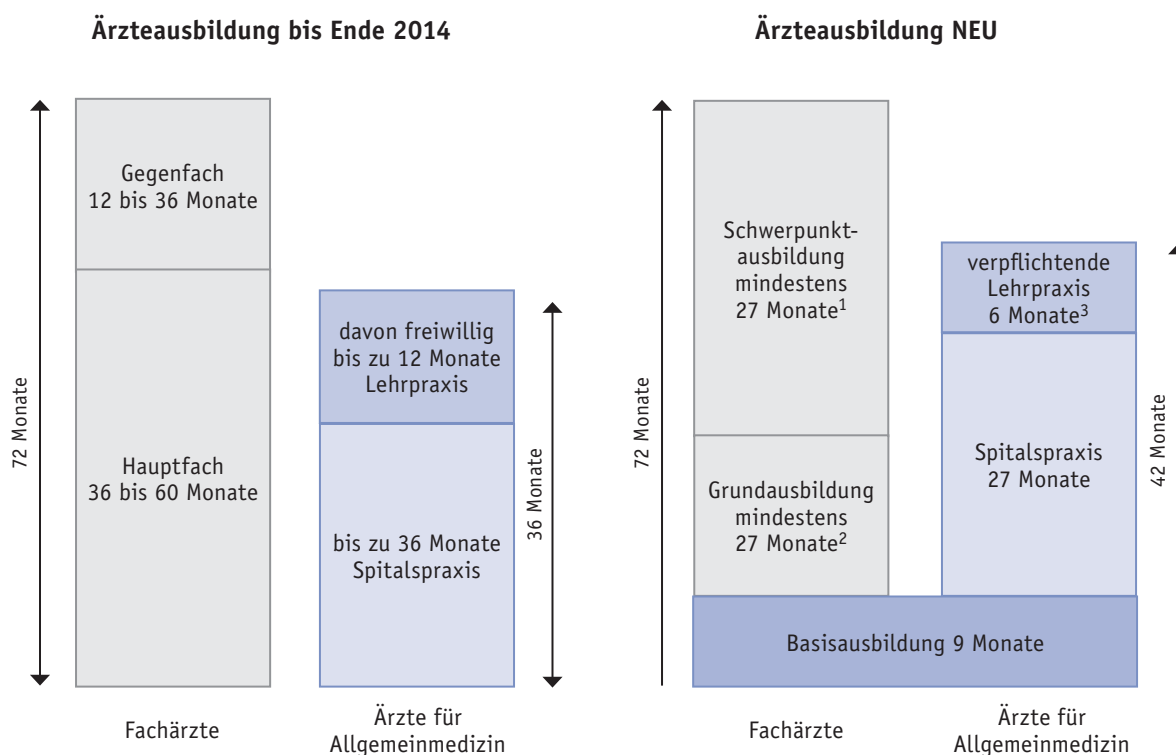
Kurzfassung

Kernstück der Neugestaltung war die Teilung der Ausbildung in eine mindestens neunmonatige Basisausbildung und die darauf aufbauende praktische Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. die ebenfalls darauf aufbauende Sonderfachausbildung zum Facharzt. Als weitere wesentliche Neuerung sollen die Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung einen Teil der Ausbildung in einer Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis oder einem Lehrambulatorium im niedergelassenen Bereich absolvieren müssen. (TZ 2)

Ärzteausbildung bis Ende 2014 und Ärzteausbildung NEU

Die nachfolgende Grafik stellt die Grundstruktur der zur Zeit der Gebärungsüberprüfung geltenden Ärzteausbildung jener der Ärzteausbildung NEU gegenüber: (TZ 3)

Ausbildungsstrukturen bis Ende 2014 und NEU (ab. 1. Jänner 2015)



¹ Ausnahme: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

² in chirurgischen Fachgebieten mindestens 15 Monate

³ nach sieben Jahren: neun Monate, nach weiteren fünf Jahren: zwölf Monate

Quellen: ÄrzteG 1998 in der Fassung bis Ende 2014 und Ärzteausbildung NEU

Die Bemühungen um eine grundlegende Neugestaltung mit dem Ziel der Modernisierung und Qualitätssicherung waren grundsätzlich positiv. (TZ 3)

Allerdings wurden die vom RH im Begutachtungsverfahren zu dieser Novelle des ÄrzteG 1998 geäußerten Bedenken, wonach insbesondere die Novelle noch stärker als bisher die Regelung bestimmter Inhalte (wie etwa die konkrete Ausgestaltung der Basisausbildung oder der Ausbildung zum Allgemeinmediziner) von der Gesetzgebung auf die Verordnungsebene verschob, die Grundlagen für die umfassende Neugestaltung sowie die Eignung der getroffenen Maßnahmen für die Schaffung einer modernen und bedarfsgerechten Ärzteausbildung für ihn nicht nachvollziehbar waren und die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung um letztlich ein ganzes Jahr nicht ausreichend begründet war, der Umsetzungszeitraum mit einem knappen halben Jahr kurz bemessen, etwaige Folgen bspw. der nunmehr aufbauenden Ausbildungsstruktur nicht ausreichend thematisiert sowie keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen waren, in weiterer Folge nicht berücksichtigt. (TZ 3)

Ärztelnachwuchs – Studierende der Humanmedizin

Durch die von Österreich als Folge eines EuGH-Urteils gesetzten Maßnahmen zur Zulassungsbeschränkung im Medizinstudium verringerte sich seit dem Studienjahr 2000/2001 nicht nur die Gesamtzahl der Absolventen der Humanmedizin deutlich (um rd. 22 %), sondern sank gleichzeitig auch der Anteil österreichischer Absolventen von rd. 89 % (1.330) auf rd. 71 % (824). Im internationalen Vergleich gab es in Österreich jedoch fast doppelt so viele Medizin-Absolventen (rd. 20 Absolventen pro 100.000 Einwohner) wie im OECD-Schnitt (rd. elf pro 100.000 Einwohner). (TZ 4)

Berufsweg nach dem Studium bzw. der Turnusausbildung

Von den Medizin-Absolventen österreichischer Medizinischer Universitäten waren lediglich zwischen rd. 71 % (Studienjahr 2011/2012) und rd. 83 % (Studienjahr 2006/2007) jemals in die Ärzteliste der ÖÄK eintragen. Im Oktober 2014 waren laut Daten der ÖÄK nur mehr zwischen 61 % der Absolventen des Studienjahrs 2010/2011 und rd. 69 % jener des Studienjahrs 2006/2007 in Österreich ärztlich tätig. Somit standen bis zu rd. 40 % der Absolventen für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung. Die durch-

schnittlichen Bundesausgaben je Medizin-Absolvent betragen zwischen rd. 326.000 EUR und rd. 415.000 EUR. (TZ 5)

Wesentliche Daten bzw. Entscheidungsgrundlagen (wie etwa betreffend die Drop-Out-Gründe von Turnusärzten, der Rückgang von Allgemeinmediziner*innen mit eigenen Ordinationen, etc.), die erforderlich wären, um nachhaltig geeignete Voraussetzungen für den Verbleib von (Turnus)Ärzt*innen in Österreich zu schaffen, fehlten. So war bspw. nicht klar nachvollziehbar, warum sich so viele Absolvent*innen (letztlich) für einen nicht-ärztlichen Berufsweg in Österreich entschieden bzw. wie viele aus welchen konkreten Gründen ins Ausland abwanderten. Ebenso wenig waren die Beweggründe dafür, dass in den letzten Jahren weniger als ein Drittel jener Ärzt*innen, die über die Ausbildung zum Allgemeinmediziner verfügten, in einer eigenen Ordination im niedergelassenen Bereich tätig waren, eindeutig nachvollziehbar. (TZ 5)

Zwar gab es Einzelmaßnahmen (etwa Befragungen des BMWWF), jedoch war für eine nachhaltige Besserung der Datenlage ein gemeinsames Vorgehen aller für die Ausbildung von Medizin-Studierenden bzw. von Turnusärzten zuständigen Institutionen (insbesondere BMG, BMWWF, Medizinische Universitäten und ÖÄK) unabdingbar. (TZ 5)

Vergleiche mit Deutschland und der Schweiz

In Deutschland waren mehr österreichische Ärzt*innen tätig (2013: rd. 2.190 österreichische Ärzt*innen in Deutschland) als umgekehrt (2013: rd. 1.470 deutsche Ärzt*innen in Österreich). In der Schweiz arbeiteten deutlich mehr Ärzt*innen mit österreichischem Abschluss (2004: 89; 2013: 540) als Schweizer Ärzt*innen in Österreich (zwischen 12 (2006) und 19 (2012)). (TZ 6)

Organisatorische Rahmenbedin- gungen der Ärzteausbildung

Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen

Die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt in einem Sonderfach erfolgte an von der ÖÄK dafür nach Kriterien des ÄrzteG 1998 anerkannten Ausbildungsstätten. Bis zur Novellierung des ÄrzteG 1998 im Jahr 2014 blieben die Anerkennungen der Ausbildungsstätten über Jahrzehnte hinweg gültig, ohne je evaluiert worden zu sein. (TZ 8)

Vor diesem Hintergrund war die in der Novelle zum ÄrzteG 1998 vorgesehene Befristung der Anerkennung auf sieben Jahre positiv, weil sie eine regelmäßige Überprüfung des Vorliegens der Anerkennungsvoraussetzungen nach sich zog. (TZ 8)

Die im Zusammenhang mit den zahlreichen weiteren Änderungen der Regelungen über die Ausbildungsstätten und deren Anerkennung durch die ÖÄK im Rahmen der ÄrzteG–Novelle im Begutachtungsverfahren vom RH geäußerten Bedenken betreffend die fehlenden Qualitätssicherungsvorgaben für die neunmonatige Basisausbildung und die fehlende Kostenschätzung für die Finanzierung der Lehrpraxen wurden in weiterer Folge allerdings nicht berücksichtigt. (TZ 8)

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren gemäß ÄrzteG 1998 als Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannte Krankenanstalten – mit Ausnahme von Universitätskliniken – dazu verpflichtet, auf je 15 systematisierte Betten mindestens einen Turnusarzt in allgemeinmedizinischer Ausbildung zu beschäftigen (Bettenschlüssel). Die Anzahl der Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Facharzt war nach oben hin begrenzt; die ÖÄK hatte im Rahmen der Anerkennung der entsprechenden Ausbildungsstätte auch die Zahl der Ausbildungsstellen festzulegen, die wegen des Ausbildungserfolgs nicht überschritten werden durfte. Für Universitätskliniken war die Anzahl der Ausbildungsstellen mit der Anzahl der an der Ausbildungsstätte beschäftigten Fachärzte begrenzt (sogenannte 1:1 Regelung). Der konkrete quantitative Bedarf an (Turnus)Ärzten blieb vom Gesetzgeber bisher unberücksichtigt. (TZ 9)

Mit der Novelle zum ÄrzteG 1998 entfielen sowohl der Bettenschlüssel als auch die Sonderbestimmungen für Universitätskliniken. Für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin waren nunmehr alle Träger von fondsfinanzierten Krankenanstalten verpflichtet, ihrem Leistungsspektrum entsprechend, eine für den künftigen Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin ausreichende Anzahl an Ausbildungsstellen sicherzustellen. Hinsichtlich der Beurteilung des Bedarfs war auf die Beratungsergebnisse der mit der Gesundheitsreform 2013 eingerichteten Kommission für die ärztliche Ausbildung zurückzugreifen. Konkrete Vorgaben für die Bedarfsanalyse bzw. –berechnung waren in der ÄrzteG–Novelle jedoch nicht vorgesehen. (TZ 9)

Besetzungssituation in den überprüften Krankenanstalten

Das AKH Wien beschäftigte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung. Am LKH Innsbruck stieg die Anzahl der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung im Vergleich zu 2011 (43,3 VZÄ) leicht an und betrug zum 30. Juni 2014 insgesamt 50,5 VZÄ (54 Köpfe). Die Wartezeit auf einen Ausbildungsplatz betrug zur Zeit der Gebarungsüberprüfung zwischen zwei und neun Monate. (TZ 11, 13)

Am Standort St. Pölten war die Anzahl der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung seit 2011 mit rd. 85 VZÄ nahezu unverändert (86 Köpfe). Im Gegensatz dazu war die Anzahl dieser Turnusärzte am Standort Lilienfeld seit dem Jahr 2013 stark rückläufig. Während 2011 und 2012 noch elf Turnusärzte ihre allgemeinmedizinische Ausbildung dort absolvierten, waren es zum 30. Juni 2014 nur mehr 5,6 VZÄ (sechs Köpfe). (TZ 11)

An allen drei Standorten des LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl war die Anzahl der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung in den letzten Jahren ebenso stark rückläufig; der stärkste Rückgang war in Gmünd feststellbar (2011: 16 VZÄ/Köpfe, 30. Juni 2014: sieben VZÄ/Köpfe). Die NÖ Landeskliniken-Holding bzw. die vier betroffenen Standorte versuchten, diesem Mangel mit einer Reihe von Maßnahmen (bspw. Informationsveranstaltungen und Unterstützungen für Maturanten) zu begegnen. (TZ 11)

Auch die endgültigen Materialien zur Novelle des ÄrzteG 1998 ließen umfassende und aussagekräftige Erläuterungen betreffend die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung um letztlich ein Jahr vermissen; der RH hatte darauf bereits im Rahmen des Begutachtungsverfahrens – zusammen mit der Frage nach einer möglicherweise daraus resultierenden geringeren Attraktivität der allgemeinmedizinischen Ausbildung und der Schwächung des Fachbereichs Allgemeinmedizin – hingewiesen. (TZ 11)

Die Gesamtzahl der am AKH Wien tätigen Fachärzte stieg im Prüfungszeitraum leicht an (2011: 878,4 VZÄ; 2014: 882,9 VZÄ); demgegenüber war die Anzahl der Turnusärzte in Facharztausbildung rückläufig (2011: 570,3 VZÄ, 2014: 543,4 VZÄ). Der Rückgang bei diesen Turnusärzten war nach Angaben der Medizinischen Universität Wien als Dienstgeberin aller am AKH Wien tätigen Ärzte auf ein Personaleinsparungsprogramm zurückzuführen. (TZ 12)

Die Fachärzte und die Turnusärzte in Facharztausbildung am LKH Innsbruck waren etwa jeweils zur Hälfte Bedienstete des Landes Tirol (vertreten durch die TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK)) und der Medizinischen Universität Innsbruck. Am LKH Innsbruck veränderten sich sowohl die Anzahl der Fachärzte als auch der Turnusärzte in Facharztausbildung zwischen 2011 und 2014 nur geringfügig (Fachärzte: 2011: 537,2 VZÄ; 2014: 539,8 VZÄ; Turnusärzte in Facharztausbildung: 2011: 412,6 VZÄ; 2014: 414,0 VZÄ). (TZ 13)

Beide Universitätskliniken hielten die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im ÄrzteG 1998 noch normierte 1:1 Regelung zwischen Fachärzten und Turnusärzten in Facharztausbildung ein. Im Vergleich zum AKH Wien beschäftigte das LKH Innsbruck im Verhältnis zu den dort tätigen Fachärzten mehr Turnusärzte in Facharztausbildung. (TZ 12, 13)

Am Standort St. Pölten erhöhte sich die Gesamtzahl der Fachärzte seit 2011 um rd. 5 % auf rd. 259 VZÄ; die Anzahl der Turnusärzte in Facharztausbildung stieg um 18,4 % auf rd. 140 VZÄ. In Lillienfeld sank die Anzahl der Fachärzte zwischen 2011 und 2014 um rd. 5 % auf rd. 25 VZÄ; die Zahl der Turnusärzte in Facharztausbildung erhöhte sich demgegenüber um rd. 68 % von 5,9 VZÄ auf 9,9 VZÄ. (TZ 14)

An den Standorten Gmünd und Zwettl nahm die Zahl der Fachärzte (+ 9 % bzw. + 19 %) und der Turnusärzte in Facharztausbildung (+ 23 % bzw. + 25 %) zwischen 2011 und 2014 zu; 2014 waren an den Standorten Gmünd und Zwettl 19,6 VZÄ bzw. 52,7 VZÄ Fachärzte und 8,0 VZÄ bzw. 23,8 VZÄ Turnusärzte in Facharztausbildung beschäftigt. Am Standort Waidhofen schwankte die Anzahl dieser Turnusärzte zwischen 15,5 VZÄ und 17 VZÄ. (TZ 14)

Ausbildungsverantwortung – Allgemeines

Das ÄrzteG 1998 sah für die Ausbildungsverantwortung ein dreistufiges System vor und wies den Krankenanstaltenträgern, den Ärztlichen Leitern und den Klinik- bzw. Abteilungsleitern bestimmte Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu. Wie die nachfolgende Analyse zeigte, wurde diese dreistufige Ausbildungsverantwortung von den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen. (TZ 15)

Die Universitätskliniken AKH Wien und LKH Innsbruck stellten diesbezüglich einen Sonderfall dar, weil hier die Rollen des Dienstgebers (Medizinische Universitäten Wien und Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers (teilweise) auseinanderfielen und der Träger formal keine Dienstherrschaft über die funktionstragenden Ärzte innehatte. Dafür sah das ÄrzteG 1998 weder in der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Fassung noch in der aktuellen Novelle Sonderbestimmungen vor. (TZ 15)

Das AKH Wien und die Medizinische Universität Wien planten eine gemeinsame Betriebsführung ab 2015. Hiefür waren zwei neue paritätisch (von der Stadt Wien und der Medizinischen Universität Wien) besetzte Leitungsorgane geplant: das Supervisory Board und das Management Board. Die TILAK und die Medizinische Universität Innsbruck schlossen im März 2014 einen Zusammenarbeitsvertrag; durch diesen wurde die Medizinische Universität Innsbruck-TILAK-Kommission (je vier Mitglieder der Medizinischen Universität Innsbruck und des LKH Innsbruck) als gemeinsames Gremium eingerichtet. (TZ 15)

Ausbildungsverantwortung der Krankenanstaltenträger

Die Rechtsträger der Krankenanstalten hatten gemäß ÄrzteG 1998 in kürzest möglicher Zeit für die bestqualifizierende Ausbildung der Turnusärzte zu sorgen. Diese Verpflichtung zielte in programmatyischer Weise auf die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen für die Ausbildung. Insofern traf die Letztverantwortung für eine den Vorgaben des ÄrzteG 1998 entsprechende Ausbildung der Turnusärzte in jedem Fall den Träger der Krankenanstalt. Im neuen ÄrzteG waren die Vorschriften über die Wahrung der Ausbildungsqualität und damit auch über die Ausbildungsverantwortung der Träger im § 11 gebündelt und erweitert (etwa durch die Verpflichtung zur Vorlage eines Ausbildungsplans). (TZ 16)

Die Stadt Wien hatte für den Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) bzw. das AKH Wien noch keine konkreten strategischen Ausbildungsziele für Turnusärzte festgelegt. Konkreter und ausführlicher waren die Ausbildungsziele in der TILAK-Strategie formuliert. In den Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen den Krankenanstaltenträgern und den Medizinischen Universitäten waren Ausbildungsmaßnahmen vorgesehen bzw. geplant. Weder der KAV noch die TILAK hatten die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt. In der TILAK

waren allerdings solche Ziele im Zusammenhang mit der Einführung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen. (TZ 17)

Die NÖ Landeskliniken-Holding verfügte seit 2011 über eine jährlich fortgeschriebene Zielelandkarte u.a. mit konkreten Zielen für die Ärzteausbildung, z.B. Schaffung von mehr Ausbildungsstellen oder Forcierung des Turnusärzte-Recruitings. Diese Ziele wurden gemeinsam mit den Regionalmanagern auf die verschiedenen Regionen (NÖ Mitte, Mostviertel, Waldviertel, Weinviertel und Thermenregion) und in weiterer Folge auf die einzelnen niederösterreichischen Krankenanstalten heruntergebrochen. (TZ 17)

Für die im AKH Wien und im LKH Innsbruck tätigen – bei den jeweiligen Medizinischen Universitäten angestellten – Turnusärzte in Facharztausbildung gab es keine Ausbildungsvorgaben der Krankenanstaltenträger. (TZ 18)

In jenen Fällen, in denen die TILAK bzw. die NÖ Landeskliniken-Holding Ausbildungsvorgaben für Turnusärzte normiert hatten, waren die Umsetzungs- und Kontrollmechanismen nicht ausreichend, um die Durchführung der Vorgaben zu gewährleisten. So erfolgte etwa keine Überprüfung der Umsetzung von Betriebsvereinbarungen der TILAK betreffend ihre Turnusärzte. (TZ 18)

Auch die NÖ Landeskliniken-Holding überprüfte die Anwendung des 2007 für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung eingeführten Logbuchs bzw. der Checkliste (eingeführt Mitte 2013) nicht und führte diesbezüglich auch keine Evaluierungen durch. Darüber hinaus gab es seitens der NÖ Landeskliniken-Holding keine Vorgaben für die Facharztausbildung. (TZ 18)

Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters

Der Ärztliche Leiter einer Krankenanstalt war aufgrund krankenanstaltenrechtlicher Bestimmungen als vom Träger bestelltes Leitungsorgan für den ärztlichen Dienst (z.B. Diensterteilungen, dienstliche Verwendung einzelner Ärzte, Koordinierung der ärztlichen Tätigkeit) verantwortlich. Laut ÄrzteG 1998 trafen ihn auch Pflichten in Bezug auf die Ausbildung. So war der Ärztliche Leiter z.B. für die Organisation der abteilungsübergreifenden Rotation der Turnusärzte innerhalb einer Krankenanstalt zuständig. (TZ 19)

Im neuen ÄrzteG (§ 11 Abs. 1) wurde der Ärztliche Leiter im Unterschied zu den Vorgängerregelungen nicht mehr ausdrücklich erwähnt, obwohl bspw. abteilungsübergreifenden Rotationen mit der Novelle ein höherer Stellenwert eingeräumt wurde und die Qualitätserfordernisse für die Ärzteausbildung – auch vor dem Hintergrund der neu eingeführten Wieder-Anerkennung nach sieben Jahren – insgesamt erhöht wurden. Die diesbezüglichen Hinweise des RH im Rahmen des Begutachtungsverfahrens blieben im weiteren Gesetzgebungsprozess unberücksichtigt. (TZ 19)

Während die Anstaltsordnungen des LKH Innsbruck und der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten die Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters explizit vorsahen, legte das Organisationshandbuch der Ärztlichen Direktion des AKH Wien fest, dass die Ausbildung von Ärzten eine der Hauptaufgaben der Krankenanstalt sei und durch Fachärzte der Medizinischen Universität Wien erfolge. Allerdings gab es im AKH Wien eine Richtlinie betreffend Rasterzeugnisse und seit November 2014 Bemühungen um weitere zentrale Vorgaben zur Ärzteausbildung. (TZ 20)

Was die anderen überprüften Krankenanstalten in Tirol und Niederösterreich anbelangt, waren die getroffenen Maßnahmen nicht ausreichend, um die Wahrnehmung der auch in den Anstaltsordnungen festgelegten Ausbildungsverantwortung der Ärztlichen Leiter sicherzustellen. So verfügten etwa – mit Ausnahme des Standorts St. Pölten – weder das LKH Innsbruck noch das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl bzw. der Standort Lilienfeld über eine Richtlinie betreffend die Vorgangsweise bei den Rasterzeugnissen. (TZ 20)

Organisation der Ausbildung – zentrale Einrichtungen

Die Krankenanstaltenträger bzw. die überprüften Krankenanstalten handhabten die zentrale Organisation der Ausbildung unterschiedlich. Für das LKH Innsbruck nahm das von der TILAK eingerichtete Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe als zentrale Koordinationsstelle bereits seit über 20 Jahren die Belange der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung umfassend wahr. Demgegenüber setzte die NÖ Landeskliniken-Holding zwar organisatorische Maßnahmen, betreute aber diese Turnusärzte nicht individuell. (TZ 21)

Auch für die Organisation der Turnusärzte in Facharztausbildung übernahm das Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe eine Reihe von Aufgaben; so bot es etwa auch die Organisation der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Medizinische Psychotherapie in Kooperation mit der Medizinischen Universität Innsbruck und der TILAK an. Der KAV und die NÖ Landeskliniken-Holding trafen keine (organisatorischen) Ausbildungs-Maßnahmen für Turnusärzte in Facharztausbildung an den überprüften Krankenanstalten. (TZ 21)

An den überprüften Krankenanstalten selbst nahmen vor allem die Ärztlichen Direktionen bzw. deren Stabstellen oder die Personalabteilungen organisatorische Aufgaben im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung wahr. (TZ 21)

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausgangslage und Allgemeines

Auf der Ebene der Abteilungen bzw. Kliniken überprüfte der RH die Ausbildungspraxis in den überprüften Krankenanstalten insbesondere am Beispiel des Fachbereichs Innere Medizin. Dies insbesondere deshalb, weil es Organisationseinheiten (Universitätskliniken, Abteilungen etc.) für Innere Medizin in allen überprüften Krankenanstalten gab und die Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung nach der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch geltenden Rechtslage zwölf Monate in der Inneren Medizin zu absolvieren hatten, weshalb – gegenüber den anderen zu absolvierenden Fachbereichen – die in diesem Fachbereich vorgesehene allgemeinmedizinische Ausbildung am längsten war. Die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin dauerte mindestens sechs Jahre, eine verpflichtende Absolvierung von Nebenfächern war nicht vorgesehen. (TZ 22)

Die Organisation und Anzahl der beschäftigten Ärzte in der Inneren Medizin der überprüften Krankenanstalten stellte sich wie folgt dar: (TZ 22)

Kurzfassung

Organisation und Besetzung der Inneren Medizin ¹			
	Organisationseinheiten	Fachärzte	TÄ/F ²
	Anzahl	in VZÄ	
AKH Wien	3 Universitätskliniken mit 11 Abteilungen	164,6	89,8
LKH Innsbruck	1 Department mit 6 Universitätskliniken	68,8	48,8
LK St. Pölten/Lilienfeld	4 Abteilungen	61,6	23,9
davon			
Standort St. Pölten	3 Abteilungen	55,3	20,9
Standort Lilienfeld	1 Abteilung	6,3	3,0
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl	3 Abteilungen	21,5	15,0
davon			
Standort Gmünd	1 Abteilung	5,0	3,0
Standort Waidhofen	1 Abteilung	9,0	6,0
Standort Zwettl	1 Abteilung	7,5	6,0

¹ zum 30. Juni 2014

² Turnusärzte in Facharztausbildung; Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung waren der Krankenanstalt zugewiesen und nicht bestimmten Organisationseinheiten.

Quellen: Angaben und Homepages der überprüften Krankenanstalten

Ausbildungsverantwortung der Abteilungs- bzw. Klinikleiter

In der Praxis trugen die Abteilungsleiter (Primärärzte) die größte Ausbildungsverantwortung. Sie waren gemäß ÄrzteG 1998 für ihren Bereich verpflichtet, den Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten in unselbstständiger Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, also unter Anleitung und Aufsicht, zu vermitteln; im ÄrzteG 1998 wurden sie deshalb als Ausbildungsverantwortliche bezeichnet. (TZ 23)

Im Entwurf zur ÄrzteG–Novelle wurde klargestellt, dass der „Leiter der Ausbildungsstätte“ der Ausbildungsverantwortliche war. In seiner Stellungnahme im Begutachtungsverfahren regte der RH insbesondere aus Qualitätssicherungsgründen eine genauere Definition der Aufgaben des Ausbildungsverantwortlichen an. Das neue ÄrzteG enthielt eine solche jedoch weiterhin nicht. (TZ 23)

Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es kaum von der Ärztlichen Leitung vorgegebene (umfassende) Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für die Ausbildungsverantwortlichen; das AKH Wien legte dem RH im November 2014 einen entsprechenden Entwurf vor. (TZ 23)

Schriftliche Zielvereinbarungen zwischen Ärztlichem Leiter und Klinik- bzw. Abteilungsleitern waren entweder gar nicht vorhanden oder wurden nicht für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt; das AKH Wien und das LKH Innsbruck planten Entsprechendes. Am LKH Innsbruck unterzeichnete der Departmentdirektor die Rasterzeugnisse (wesentlichster Ausbildungsnachweis, der u.a. vom Ausbildungsverantwortlichen zu unterzeichnen war), ohne dafür zuständig zu sein; diese Vorgangsweise wurde erst ab September 2014 geändert. (TZ 23)

Ausbildungsassistenten und Mentoren

Gemäß ÄrzteG 1998 hatte der Ausbildungsverantwortliche die Möglichkeit, sich von einem Ausbildungsassistenten unterstützen zu lassen; der Begriff „Ausbildungsassistent“ war im neuen ÄrzteG nicht mehr vorgesehen. Unverändert war, dass sich der Ausbildungsverantwortliche von einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Facharzt des jeweiligen Sonderfaches unterstützen lassen konnte. (TZ 24)

An den Kliniken für Innere Medizin am AKH Wien und am LKH Innsbruck waren Ausbildungsassistenten eingesetzt. Ein Mentoren-System für Turnusärzte in Facharztausbildung war nicht überall durchgängig installiert. Für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung des LKH Innsbruck wurde 1992 ein Ausbildungsmentoren-Modell initiiert, ein neues Modell war geplant. (TZ 24)

In den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten gab es außer am Standort Waidhofen keine nominierten Ausbildungsassistenten; ein Mentoren-System war an keinem Standort vorgesehen. (TZ 24)

Logbuch

Um – in Spezifizierung der Rasterzeugnisse – genau festzulegen, welche Lerninhalte in der ärztlichen Ausbildung vermittelt werden sollten, wurde in der Literatur und in der Praxis ein Logbuch als

zweckmäßig erachtet. Das Logbuch soll dem Lernenden sowie dem Ausbildungsverantwortlichen einen Überblick über die Lernziele und Lerninhalte bzw. deren Absolvierung während der gesamten Ausbildungszeit geben. Für eine kontinuierliche Qualitätssteuerung in der ärztlichen Ausbildung war es von zentraler Bedeutung. (TZ 25)

An allen überprüften Krankenanstalten, die Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung beschäftigten (LKH Innsbruck und alle überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten) gab es für diese Logbücher. Im LKH Innsbruck war das Logbuch verpflichtend zu führen; entsprechende Kontrollen fanden statt, auch wenn eine Archivierung von Kopien unterblieb. Dieses Logbuch wurde allerdings nicht durchgängig von allen Ausbildungsverantwortlichen als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen. (TZ 25)

In den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten wurde das Logbuch für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung nicht durchgängig verwendet, entsprechende Kontroll- bzw. Evaluierungsmechanismen mit anschließender Maßnahmensetzung fehlten; weiters wurden die Logbücher nicht als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen. (TZ 25)

Was die Facharztausbildung anbelangt, verfügten die Kliniken für Innere Medizin des AKH Wien und des LKH Innsbruck über Logbücher. Am AKH Wien spezifizierte das Logbuch jedoch das Rasterzeugnis kaum, sondern deckte sich über weite Strecken mit diesem; es war lediglich ergänzt um die Dokumentation der absolvierten Rotationen und die Möglichkeit, für bestimmte Untersuchungen die Anzahl einzutragen. Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fehlten sowohl am AKH Wien als auch am LKH Innsbruck für die Logbücher der Turnusärzte in Facharztausbildung für den RH nachvollziehbare Kontrollmechanismen bzw. -vorgaben seitens der Ärztlichen Leitung. Das AKH Wien legte diesbezüglich dem RH im November 2014 einen Entwurf für entsprechende Vorgaben vor. (TZ 25)

Für die Facharztausbildung Innere Medizin in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten lagen – anders als am AKH Wien und am LKH Innsbruck – keine Logbücher vor. (TZ 25)

Ausbildungskonzept

Ein Ausbildungskonzept sollte abteilungsspezifisch u.a. schriftlich festlegen, auf welche Weise und in welcher Abteilungsstruktur die jeweiligen Ausbildungsinhalte zum Allgemeinmediziner bzw. in einem Sonderfach konkret vermittelt werden sollen und wer der jeweilige Ausbildungsverantwortliche ist. Es war ebenfalls ein zentrales Instrument für die Qualitätssicherung in der Ärzteausbildung, weil es der Orientierung dient und eine beidseitige Verpflichtung (des Ausbildungsverantwortlichen und des Turnusarztes) darstellt. (TZ 26)

Da sich auch in der Literatur keine klare Definition des Begriffs Ausbildungskonzept fand, waren auch die dem RH im Rahmen der Gebärungsüberprüfung als Ausbildungskonzept vorgelegten Dokumente sehr unterschiedlich; sie reichten von einer bloßen Auflistung der verpflichtenden theoretischen Ausbildungsmodule bis hin zu relativ umfassenden Regelungen. Angesichts dessen identifizierte der RH aufgrund von Erhebungen, Beispielen konkreter Ausbildungskonzepte und dem Musterkonzept der ÖÄK folgende Inhalte eines Ausbildungskonzepts als zweckmäßig: Einführung in die Abteilungs- und Personalstruktur, angewandte Lehrmethoden, zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte samt zeitlichem Rahmen, abteilungsinterne Rotationen und konkrete Fortbildungsplanung. (TZ 26)

Vor allem in den Kliniken für Innere Medizin am AKH Wien gab es eine Vielzahl an Einzeldokumenten, die unterschiedlich strukturiert waren und unterschiedliche Geltungsbereiche vorsahen; auch das LKH Innsbruck legte zum Thema Ausbildungskonzept verschiedene Dokumente vor. Mit Ausnahme des Standorts Waidhofen, wo 2013 ein Leitfaden für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung erstellt wurde, lagen an den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten weder für die allgemeinmedizinische Ausbildung noch für die Facharztausbildung schriftliche Dokumente im Sinne eines Ausbildungskonzepts an den Abteilungen für Innere Medizin vor. Keines der von den vier überprüften Krankenanstalten vorgelegten Dokumente umfasste jedoch alle vom RH für ein Ausbildungskonzept als zweckmäßig identifizierten Inhalt. (TZ 26)

Eine Anweisung des Krankenanstaltenträgers bzw. der Ärztlichen Direktion hinsichtlich der Ausgestaltung und der verpflichtenden Anwendung von schriftlichen Ausbildungskonzepten lag an keiner der überprüften Krankenanstalten vor; das LKH Innsbruck plante jedoch solche Vorgaben im Rahmen der Ärzteausbildung NEU. (TZ 26)

Das neue ÄrzteG sah erstmals vor, dass Ausbildungsstätten als Anerkennungserfordernis ein schriftliches Ausbildungskonzept vorlegen mussten (für die nach der neunmonatigen Basisausbildung erfolgende Ärzteausbildung). Der RH hatte im Begutachtungsverfahren angeregt, den Begriff Ausbildungskonzept zu definieren; diesem Hinweis wurde im weiteren Gesetzgebungsprozess jedoch nicht entsprochen. (TZ 26)

Rotation und Ausbildungsplan

Im Rahmen der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Ärzteausbildung waren Rotationen bzw. deren Organisation von wichtiger Bedeutung, weil Turnusärzte im Rahmen ihrer Ausbildung häufig (viele) verschiedene Fachbereiche durchlaufen mussten. In der Regel gab es abteilungsüberschreitende (innerhalb einer Krankenanstalt bzw. eines Standorts) und krankenanstaltenüberschreitende Rotationen. Ein Ausbildungsplan soll schon zu Ausbildungsbeginn die zeitliche Abfolge – idealerweise – aller Ausbildungsabschnitte festlegen. (TZ 27)

Die Novelle zum ÄrzteG 1998 sah vor, dass die Krankenanstaltenträger den Turnusärzten nach Beendigung der Basisausbildung einen Ausbildungsplan für die weitere praktische Ausbildung vorlegen mussten. Im Begutachtungsverfahren wertete der RH die Einführung eines Ausbildungsplans grundsätzlich positiv, er erachtete aber eine Definition der konkreten Inhalte eines Ausbildungsplans als erforderlich. Darüber hinaus hielt der RH es für zweckmäßig, das Vorliegen eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung für eine Ausbildungsstätte vorzusehen, weil Rotationen auch im Rahmen der Ärzteausbildung NEU große Bedeutung zukommen wird. Beide Hinweise des RH wurden in der letztlich beschlossenen Novelle nicht berücksichtigt. (TZ 26, 27)

In den überprüften Krankenanstalten wurden – mit Ausnahme des LKH Innsbruck (für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung) – keine schriftlichen Ausbildungspläne erstellt. Das AKH Wien und das LKH Innsbruck planten jedoch bereits, solche künftig zu erstellen. (TZ 28)

Die Rotationseinteilung der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung wurde – mit Ausnahme des LKH Innsbruck und dem Standort Zwettl – von den Turnusärzten selbst durchgeführt. Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenanstalten lagen im Bereich der allgemeinärztlichen Ausbildung nur mündlich vor.

Unzureichend war auch die Dokumentation der Konsiliarbildung (Ausbildung durch einen Konsiliararzt für den Fall, dass die entsprechende Abteilung in der Krankenanstalt nicht eingerichtet war) am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl, weil die vermittelten Ausbildungsinhalte nicht nachvollziehbar waren. (TZ 28)

Für die Rotation der Turnusärzte in Facharztausbildung lagen im Fach Innere Medizin an allen überprüften Krankenanstalten schriftliche Rotationskonzepte vor, soweit dies für die Erfüllung der Ausbildungsinhalte erforderlich war. Am AKH Wien erfolgte die Einteilung allerdings durch Rotationsbeauftragte, die meist selbst Turnusärzte waren. Anstaltsübergreifende Rotationen für die Erfüllung von Ausbildungsinhalten bzw. aufgrund von eingeschränkten Anerkennungen waren – mit Ausnahme des Standorts Waidhofen (jedoch nur mündlich) – an den überprüften Krankenanstalten nicht etabliert. (TZ 28)

Weder die Krankenanstalten noch die Rechtsträger bzw. die Dienstgeber der Turnusärzte verfügten über Daten betreffend die gesamte Ausbildungsdauer der einzelnen Turnusärzte. Auf Basis der von den Ärztekammern zur Verfügung gestellten sogenannten Ausbildungsraster (je Turnusarzt geführte Übersichtsblätter, auf denen vermerkt war, in welcher Krankenanstalt der Turnusarzt wie lange welches Ausbildungsfach absolvierte) ermittelte der RH die Ausbildungsdauern beispielhaft ausgewählter Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung und von Turnusärzten in den Sonderfächern Innere Medizin, Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe. (TZ 29)

Die gesetzlich vorgesehene Ausbildungsdauer bei den Turnusärzten in allgemeinmedizinischer Ausbildung und den Turnusärzten im Sonderfach Innere Medizin wurde in den überprüften Krankenanstalten im Durchschnitt nicht wesentlich überschritten. Im Sonderfach Chirurgie lag hingegen die durchschnittliche Ausbildungszeit am AKH Wien sowie im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe am LKH Innsbruck – laut Ausbildungsraster der Ärztekammern – deutlich über der Mindestausbildungszeit. Dafür konnte es viele Gründe geben, die sowohl im Verantwortungsbereich der Krankenanstalt liegen als auch persönlich bedingt sein konnten. Die Ausbildungsraster enthielten dazu keine Informationen. (TZ 29)

Vor dem Hintergrund der unzureichenden Datenlage war positiv, dass durch die mit der Ärzteausbildung NEU eingeführte standardisierte Ausbildungsstellenverwaltung sowohl den Turnusärzten als auch den Krankenanstalten bzw. Rechtsträgern mehr Transparenz

**Zusammenarbeit
zwischen den
Berufsgruppen**

über die Ausbildungszeiten geboten und die Datenlage insgesamt verbessert werden soll. (TZ 29)

Allgemeines

Einen wichtigen Faktor der Ausbildungspraxis stellt auch die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften dar. Insbesondere eine hohe Belastung der Turnusärzte mit Routinetätigkeiten, die auf ärztliche Anordnung auch von diplomierten Pflegekräften vorzunehmen wären, kann die Teilnahme an Besprechungen und Visiten oder ähnliche ausbildungsrelevante Tätigkeiten verhindern. (TZ 30)

In diesem Zusammenhang waren vor allem die in § 15 Abs. 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) genannten sieben Tätigkeiten von Bedeutung, die vom Pflegepersonal nicht eigenverantwortlich (vgl. § 14 GuKG), sondern nur auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden können (sogenannter „mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich“); dabei handelt es sich etwa um die Verabreichung von Arzneimitteln oder das Legen von Magensonden. (TZ 30)

Da diese Aufzählung in § 15 Abs. 5 GuKG beispielhaft war, konnten auch weitere Tätigkeiten vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich umfasst sein. Üblicherweise war daher der Umfang des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs für die jeweilige Krankenanstalt bzw. für einzelne Abteilungen zusätzlich in Vereinbarungen spezifiziert, in denen die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften geregelt war. Auch alle überprüften Krankenanstalten verfügten über solche Vereinbarungen, die allesamt zumindest die sieben in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten enthielten. (TZ 30)

Vereinbarungen gemäß § 15 GuKG

Sowohl am AKH Wien als auch am LKH Innsbruck gab es eine Muster- bzw. Rahmenvereinbarung für den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich; diese enthielt – neben den in § 15 Abs. 5 GuKG genannten – noch weitere Tätigkeiten, die vom Pflegepersonal auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden sollten. Allerdings entsprach die Zuordnung zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich bei manchen Tätigkeiten nicht den Kriterien des § 15 GuKG, etwa weil diese zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege (§ 14 GuKG) zählten. (TZ 31, 33)

Die klinikspezifischen Vereinbarungen der drei Kliniken für Innere Medizin am AKH Wien (KIM I bis III) bzw. der sechs Kliniken für Innere Medizin am LKH Innsbruck (IM I bis VI) sahen teilweise Adaptierungen bzw. Ergänzungen der Rahmenvereinbarungen vor; anders als in den Rahmenvereinbarungen waren manche Tätigkeiten jedoch noch ausschließlich von Ärzten vorzunehmen. Laut den von den beiden Krankenanstalten vorgelegten Statusberichten war die Umsetzung der vereinbarten Aufteilung der mitverantwortlichen Tätigkeiten an den Universitätskliniken für Innere Medizin insgesamt grundsätzlich weit vorangeschritten. (TZ 32, 34)

Für das LK St. Pölten/Lilienfeld war eine für alle Abteilungen an beiden Standorten verbindliche Richtlinie über die ärztliche-pflegerische Zusammenarbeit in Geltung, die neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführten noch fünf weitere Tätigkeiten umfasste. Laut den Ergebnissen der Abfrage der NÖ Landeskliniken-Holding war diese auch umgesetzt. Das Verabreichen von intramuskulären und intravenösen Injektionen war allerdings weiterhin ausschließlich von Ärzten durchzuführen. (TZ 35)

Auch für das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl galten Richtlinien bzw. Vereinbarungen über die ärztliche-pflegerische Zusammenarbeit. Neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführten umfassten diese insgesamt noch fünf weitere Tätigkeiten, die allesamt den Kriterien für eine Zuordnung zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich entsprachen. Es bestand Übereinstimmung zwischen Praxis und Vereinbartem. Am Standort Waidhofen nahmen das Legen von Magensonden allerdings nach wie vor ausschließlich Ärzte vor. (TZ 36)

Vor dem Hintergrund der Neuerungen im ÄrzteG 1998, wonach die Gewährleistung der Durchführung der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten durch das diplomierte Pflegepersonal Bedingung für die Anerkennung als Ausbildungsstätte war, verglich der RH die Aufteilung dieser sieben Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten anhand der Ergebnisse der Statuserhebungen, Evaluierungen und Abfragen: (TZ 37)

Kurzfassung

Vergleich der Umsetzung der in § 15 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten

AKH Wien

KIM I	1	4b	5	6	2a	2b	2c	3	4a	7
KIM II	1	2a	4b	6	2c	3	4a	5	7	2b
KIM III	1	4b	6	2a	2c	3	5	2b	4a	7

LKH Innsbruck

IM I, II, III, VI	1	2a	2c	4a	4b	6	3	5	2b	7
IM IV, V	1	2a	2c	4a	4b	6	3	5	7	2b

LK St. Pölten/ Lilienfeld

	1	2a	4b	6	3	4a	5	7	2b	2c
--	---	----	----	---	---	----	---	---	----	----

LK G/W/Z

Gmünd	1	2a	3	4b	6	2b	2c	4a	5	7
Waidhofen	1	2a	2b	2c	3	4a	4b	6	5	7
Zwettl	1	2a	2b	2c	3	4a	4b	6	7	5

Legende

	diplomiertes Pflegepersonal		sowohl Ärzte als auch diplomiertes Pflegepersonal		ausschließlich Ärzte
---	-----------------------------	---	---	---	----------------------

1. Verabreichung von Arzneimitteln
- 2a. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen Injektionen
- 2b. Vorbereitung und Verabreichung von intramuskulären Injektionen
- 2c. Vorbereitung und Verabreichung von intravenösen Injektionen
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen
- 4a. Blutentnahme aus der Vene
- 4b. Blutentnahme aus den Kapillaren
5. Setzen von transurethralen Blasenkathetern
6. Durchführung von Darmläufen
7. Legen von Magensonden

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; NÖ Landeskliniken-Holding; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Die im ÄrzteG 1998 für eine Neuankennung als Ausbildungsstätte nunmehr geforderte Durchführung der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten (zumindest auch) durch diplomiertes Pflegepersonal war an der Klinik für Innere Medizin I des AKH Wien und an den Standorten Gmünd und Zwettl gewährleistet. An der Klinik für Innere Medizin II des AKH Wien wurden eine, an der Klinik für Innere Medizin III drei, am LKH Innsbruck je nach Klinik ein bzw. zwei, am LK St. Pölten/Lilienfeld zwei sowie am Standort Waidhofen eine der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten hingegen nach wie vor ausschließlich von Ärzten durchgeführt. (TZ 37)

Administration der Rasterzeugnisse

Über den Erfolg der Ausbildung war ein Rasterzeugnis vorzulegen (§ 26 ÄrzteG 1998). Gemäß Ärzteausbildungsordnung hatte der Ausbildungsverantwortliche nach Zurücklegung der jeweiligen Mindestausbildungszeiten und Durchführung eines Evaluierungsgesprächs (TZ 40) unverzüglich ein Rasterzeugnis auszustellen. Betrug die Dauer eines Ausbildungsfachs jedoch mehr als ein Jahr, war auch am Ende jedes Ausbildungsjahrs unverzüglich ein Rasterzeugnis auszustellen. (TZ 38)

Die Vorgangsweisen im Zusammenhang mit der Ausstellung der Rasterzeugnisse, dem wesentlichsten Ausbildungs-Erfolgsnachweis, entsprachen häufig nicht den Vorgaben der ÄAO, die Kontrollen waren unzureichend. So wurden etwa die Rasterzeugnisse für Turnusärzte in Facharztausbildung am AKH Wien, am LKH Innsbruck und am Standort Gmünd entgegen den Vorgaben der ÄAO nicht jährlich ausgestellt. Teilweise (insbesondere an den Standorten Lilienfeld, Waidhofen und Zwettl) erfolgte die Ausstellung der Rasterzeugnisse – entgegen den Bestimmungen der ÄAO – nicht unverzüglich nach Ausbildungsende, manche wurden sogar erst nach über einem Jahr ausgestellt. Die Evaluierungsgespräche, die ein zentrales Instrument der Lernfortschrittskontrolle darstellen, waren oftmals gar nicht vermerkt oder – entgegen den Vorgaben der ÄAO – nach dem Ausbildungsende datiert. (TZ 38)

Eine Richtlinie für die Administration von Rasterzeugnissen lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung neben dem AKH Wien nur am LK St. Pölten/Lilienfeld für den Standort St. Pölten vor; die Richtlinie des AKH Wien entsprach teilweise nicht den Bestimmungen der ÄAO. In der Ärztlichen Direktion erfolgte zumeist nur eine formale Überprüfung der Rasterzeugnisse. Am LKH Innsbruck erfolgte eine Archivierung der Rasterzeugniskopien in der Ärztlichen Direktion erst ab Mitte 2014; am Standort Gmünd wurden keine Kopien der Rasterzeugnisse aufbewahrt. (TZ 38)

Erfüllbarkeit der Rasterzeugnisvorgaben

Für die Erstellung der Rasterzeugnisse griff die ÖÄK über ihre Fachgruppen auf die von ihr akkreditierten wissenschaftlichen Fachgesellschaften zurück. Diese entwickelten u.a. die in den Rasterzeugnissen für sogenannte „schneidende Fächer“ enthaltenen OP-Kataloge. Darin waren für bestimmte Eingriffe Fallzahlen vorgesehen, die der

Turnusarzt zu erbringen hatte, um seine Ausbildung erfolgreich abschließen zu können. (TZ 39)

Die in den OP-Katalogen der Rasterzeugnisse enthaltenen Fallzahlen für Chirurgie (Appendektomien) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (normalen Geburten/Kaiserschnitte) wurden dem tatsächlichen Leistungsgeschehen in den überprüften Krankenanstalten nicht gerecht. So wurde die Fallzahl für Appendektomien in den letzten Jahren angehoben, obwohl bei den Appendektomien österreichweit seit längerem ein signifikanter Rückgang – um rund minus ein Drittel seit 2001 – zu beobachten war. Auch die Fallzahl von 200 für die Leitung normaler Geburten war im Vergleich zu der Fallzahl von 40 für Kaiserschnitte zu hoch. Dem Verhältnis der Fallzahlen von 83:17 standen in fünf von sechs Krankenanstalten tatsächliche Verhältnisse zwischen normalen Geburten und Kaiserschnitten von 72:28 bis 48:52 gegenüber. Dies deutete auf die Notwendigkeit einer Anpassung der Fallzahlen hin. (TZ 39)

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

Lernfortschrittskontrollen

Ein zentrales Instrument zur Lernfortschrittskontrolle von Turnusärzten waren die in der ÄAO vorgeschriebenen sogenannten Evaluierungsgespräche. Diese Gespräche waren vor Ausstellung der Rasterzeugnisse vom Ausbildungsverantwortlichen mit dem Turnusarzt zu führen und zu dokumentieren. Unklarheit bestand hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Evaluierungs- und Mitarbeitergespräch; es wurde teilweise davon ausgegangen, dass das Mitarbeitergespräch mit dem Evaluierungsgespräch gleichzusetzen war bzw. dieses ersetzte. (TZ 40)

In keiner der vom RH überprüften Krankenanstalten konnte eine Dokumentation über vom Ausbildungsverantwortlichen mit dem Turnusarzt geführte Evaluierungsgespräche vorgelegt werden. Auch die Mitarbeitergespräche waren nicht immer lückenlos dokumentiert; in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten waren diese erst am 1. Jänner 2014 verbindlich vorgesehen. Mit den im LKH Innsbruck tätigen Turnusärzten in allgemeinmedizinischer Ausbildung führte das Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe regelmäßig strukturierte (Evaluierungs)Gespräche, die auch dokumentiert wurden. (TZ 40)

Facharztanwesenheit

Aufgrund krankenanstaltenrechtlicher Vorgaben war in Standardkrankenanstalten (z.B. Standorte Gmünd, Waidhofen, Lilienfeld und Zwettl) nur im Tagdienst eine ständige Facharztpräsenz in allen Abteilungen bzw. Organisationseinheiten erforderlich. Im Nachtdienst (und im Wochenend- und Feiertagsdienst) hingegen musste lediglich eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen anwesenden Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin oder für Chirurgie oder für Innere Medizin oder für Unfallchirurgie – bei gleichzeitiger Rufbereitschaft von Fachärzten der anderen Sonderfächer – gewährleistet sein. Gemäß ÄrzteG 1998 bestand grundsätzlich die Möglichkeit, Turnusärzte für Nacht- und Wochenenddienste an einer Abteilung einzuteilen, auch wenn ein für die Ausbildung verantwortlicher Facharzt nicht anwesend, sondern lediglich in Rufbereitschaft war. Allerdings hing dies immer vom entsprechenden Ausbildungsstand des jeweiligen Turnusarztes ab. (TZ 41)

Eine Analyse der Dienstpläne der Kliniken bzw. Abteilungen für Innere Medizin an den überprüften Krankenanstalten für den März 2014 ergab, dass das krankenanstaltenrechtliche Erfordernis der Anwesenheit eines Facharztes an allen überprüften Abteilungen für Innere Medizin erfüllt war. (TZ 41)

Das neue ÄrzteG sah nunmehr auch die Möglichkeit vor, Turnusärzte, die bereits die neunmonatige Basisausbildung abgeschlossen hatten, außerhalb der Kernausbildungszeit für eine abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeit einzusetzen. Dafür galten allerdings strenge Voraussetzungen (z.B. jederzeitige Anwesenheit eines fachlich verantwortlichen Arztes am jeweiligen Standort der Krankenanstalt); dies war positiv zu werten, weil insbesondere in Nachtdiensten auch mit komplexen medizinischen Situationen zu rechnen war, die einen – noch dazu „fachfremden“ – Turnusarzt überfordern könnten, zumindest aber einer Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bedurften. (TZ 41)

Evaluierungen durch die Träger bzw. die überprüften Krankenanstalten

Bis auf das AKH Wien hatten alle überprüften Krankenanstalten-träger bzw. Krankenanstalten bereits Evaluierungen der Ärzteausbildung durchgeführt. Das AKH Wien plante nunmehr regelmäßige Audits zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben sowie eine Evaluierung der Zufriedenheit der Turnusärzte alle zwei Jahre;

nicht zufriedenstellende Ergebnisse sollten eine Maßnahmenvereinbarung zwischen dem Ausbildungsverantwortlichen und dem Ärztlichen Direktor zur Folge haben. (TZ 42)

Ausbildungskontrolle durch die ÖÄK

Seit dem Jahr 2009 war allein die Ausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer für die Überprüfung der Qualität der Ausbildung von Ärzten in anerkannten Ausbildungsstätten durch Visitationen an Ort und Stelle zuständig (§ 128a Abs. 5 Z 3 ÄrzteG 1998). Sie konnte sich dabei aber gegebenenfalls von den beratenden Ausschüssen in den Landesärztekammern unterstützen lassen. Eine den aktuellen Rechtsgrundlagen entsprechende Verordnung über die Visitation, deren Erlassung der ÖÄK im übertragenen Wirkungsbereich oblag, war nicht vorhanden. Dadurch fanden seit rund fünf Jahren keine Visitationen mehr statt, wodurch jegliche hoheitliche Ausbildungskontrolle vor Ort fehlte. (TZ 43)

Evaluierungen durch die Ärztekammer

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin führte seit August 2011 für die ÖÄK kontinuierlich eine österreichweite Evaluierung der Ausbildung der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung durch. Aufgrund der nach Angaben der überprüften Krankenanstalten bzw. Träger meist fehlenden Offenlegung der konkreten Ergebnisse der Auswertungsberichte gegenüber den betroffenen Abteilungen und Krankenanstaltenleitungen bzw. Trägern waren entsprechende Maßnahmen kaum möglich. (TZ 44)

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin führte weiters eine Evaluierung der Facharztausbildung an der Medizinischen Universität Wien durch. Dieser Auswertungsbericht wurde ins Internet gestellt und war somit allen zugänglich. Die Medizinische Universität Wien bezweifelte allerdings die Validität dieser Studie (z.B. aufgrund der Art der Fragestellungen). Auf Ebene der Universitätskliniken für Innere Medizin wurden in der Folge zum Teil Maßnahmen geplant. (TZ 44)

Alle Fragebögen enthielten nur wenige Fragestellungen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder. (TZ 44)

**Arbeitszeiten von
Turnusärzten****Höchstleistungszeiten**

Das Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetz (KA–AZG) begrenzte die Tagesarbeitszeit grundsätzlich mit maximal 13 Stunden und die Wochenarbeitszeit grundsätzlich mit durchschnittlich 48 Stunden. Durch Abschluss einer entsprechenden Arbeitszeit–Betriebsvereinbarung war es jedoch möglich, diese Grenzen auf bis zu 49 Stunden für einen verlängerten Dienst bzw. 72 Stunden Wochenarbeitszeit auszuweiten, sofern dies aus wichtigen organisatorischen Gründen unbedingt notwendig war und die Ärzte während der Arbeitszeit nicht durchgehend in Anspruch genommen wurden. Die Zahl der pro Monat erbringbaren verlängerten Dienste war auf sechs bzw. bei entsprechender Regelung im Rahmen einer Betriebsvereinbarung auf acht Dienste beschränkt. (TZ 46)

Aufgrund EU–rechtlicher Vorgaben wurde das KA–AZG im Herbst 2014 novelliert und eine schrittweise Senkung der Arbeitszeiten von den bisher erlaubten 72 Stunden pro Woche auf 60 Stunden ab 2015, 55 Stunden ab 2018 und letztendlich 48 Stunden ab Mitte 2021 beschlossen. (TZ 46)

Die Arbeitszeit–Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten nahmen auf die Vorgaben des zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden KA–AZG Bedacht, ohne die grundsätzlich möglichen Höchstleistungszeitgrenzen in vollem Ausmaß auszuschöpfen. Insbesondere einige Arbeitszeitmodelle in den niederösterreichischen Landeskliniken lagen deutlich unterhalb dieser Grenzen. Aufzeichnungen über die tatsächliche Inanspruchnahme während der verlängerten Dienste waren nur im LKH Innsbruck bezüglich jener Ärzte, die beim Land Tirol angestellt waren, vorhanden. Ohne Aufzeichnungen darüber war es dem Dienstgeber jedoch nicht möglich, die Einhaltung der Vorgaben des KA–AZG zu überwachen bzw. zu überprüfen. (TZ 47)

Mindestanwesenheitszeiten

Das ÄrzteG 1998 sah tägliche Mindestanwesenheitszeiten zugunsten einer gleichmäßigen Verteilung der Wochendienstzeit von 35 Stunden zwischen Montag und Freitag vor. Demnach waren von den 35 Wochenstunden laut ÄrzteG 1998 jedenfalls 25 Stunden in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 13.00 Uhr (Kernarbeitszeit) zu absolvieren. Dadurch konnten von Turnusärzten bspw. grundsätzlich keine Wochenend– bzw. Feiertagsdienste geleistet werden, weil das Arbeitsruhegesetz im Fall eines Arbeitseinsatzes an Wochenenden

und Feiertagen als Ersatz eine 36-stündige Ruhezeit vorsah, die einen ganzen Wochentag einzuschließen und darum eine Abwesenheit in der Kernarbeitszeit zur Folge hatte. Für diese Zeit war lediglich in Ausnahmefällen, wenn ein entsprechender Dienst unumgänglich war, eine Anrechnung auf die Ausbildungszeit möglich. (TZ 48)

Eine Auswertung der Dienstpläne der Abteilungen/Kliniken für Innere Medizin der überprüften Krankenanstalten vom März 2014 zeigte, dass durch das Arbeitsruhegesetz bzw. das KA-AZG bedingte Abwesenheiten in der Kernarbeitszeit häufig vorkamen und je Turnusarzt zwischen einem und sieben Tagen pro Monat umfassten. (TZ 48)

Mit der endgültig beschlossenen Novelle zum ÄrzteG 1998 wurde der Zeitraum ausgedehnt, in dem 25 der 35 Wochenstunden zu absolvieren waren; nach der neuen Rechtslage war dies nunmehr zwischen 7.00 Uhr und 16.00 Uhr möglich. Dies sah der RH positiv, weil die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestehenden Beschränkungen zur Sicherung der Ausbildungsqualität weder erforderlich noch in der Praxis durchgängig umsetzbar waren. (TZ 48)

Entlohnung der Turnusärzte

Die Höhe der Turnusärztegehälter in den überprüften Krankenanstalten war intransparent und konnte nur unter Zuhilfenahme von Annahmen (Modellrechnung) vergleichbar gemacht werden. Grund dafür war insbesondere, dass den Gehältern der im AKH Wien, im LKH Innsbruck und in den niederösterreichischen Krankenanstalten tätigen Turnusärzte unterschiedliche Gehaltsschemen sowie Abgeltungen von verlängerten Diensten zugrunde lagen; im LKH Innsbruck wurden die dort tätigen Turnusärzte in Facharztausbildung – abhängig vom Dienstgeber (Land Tirol oder Medizinische Universität Innsbruck) – unterschiedlich entlohnt. (TZ 51)

Die vom RH in Abstimmung mit den überprüften Krankenanstalten erstellte Modellrechnung ergab für die Gesamtjahresgehälter aller Turnusärzte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung (2014) eine Bandbreite von 60.400 EUR (Ausbildungsbeginn) bis rd. 62.500 EUR (Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung im dritten Ausbildungsjahr) bzw. bis rd. 74.200 EUR (Turnusärzte in Facharztausbildung im sechsten Ausbildungsjahr, mit vorangehender allgemeinmedizinischer Ausbildung bis rd. 75.300 EUR). (TZ 49 bis 51)

**Maßnahmen zur
Korruptions-
prävention**

Alle überprüften Krankenanstalten und Krankenanstaltenträger bzw. Medizinischen Universitäten setzten Maßnahmen zur Vermeidung von Korruption im Zusammenhang mit der ärztlichen Aus- und Fortbildung; diese Regelungen waren teilweise unterschiedlich ausgestaltet. (TZ 52)

Im Vorfeld der bestehenden Korruptionspräventionsregelungen waren jedoch keine schriftlich nachvollziehbaren Korruptionsrisikoanalysen durchgeführt worden. Weiters waren die erlassenen Vorgaben insofern nicht ausreichend, weil sie u.a. die aktuelle Rechtslage nicht immer abbildeten sowie teilweise wesentliche Begriffe und Prozesse nicht abschließend und klar definierten; auch Dokumentationsanforderungen und Kontrollmechanismen waren zum Teil unzureichend geregelt. Positiv, wenn auch ergänzungsbedürftig, waren die vom LKH Innsbruck und der NÖ Landeskliniken-Holding konzipierten Formulare zu sehen; im LKH Innsbruck war jedoch eine nachvollziehbare Verfahrensordnung erforderlich. (TZ 52)

Kenndaten zur Ärzteausbildung

Krankenanstalten	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien), Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck (LKH Innsbruck), Landeskrankenhaus St. Pölten/Lilienfeld (LK St. Pölten/Lilienfeld) ¹ Landeskrankenhaus Gmünd/Waidhofen/Zwettl (LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl) ¹			
Rechtsträger der Krankenanstalten	Stadt Wien, TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, Land Niederösterreich			
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 10 Abs. 1 Z 8 und 12, Art. 11 Abs. 1 Z 2 und Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.			
Bundesrecht	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F. Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufs und die Standesvertretung der Ärzte (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998 i.d.g.F. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (ÄAO 2006), BGBl. II 286/2006 i.d.g.F.			
Landesrecht	Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), LGBl. 170/74 i.d.g.F. Tiroler Krankenanstaltengesetz (Tir KAG), LGBl. Nr. 5/1958 i.d.g.F. Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG), LGBl. Nr. 1987/23 i.d.g.F.			
Leistungsdaten 2013	AKH Wien	LKH Innsbruck	LK St.Pölten/ Lilienfeld	LK Gmünd/ Waidhofen/ Zwettl
	Anzahl			
tatsächliche Betten	1.824	1.485	1.175	659
systemisierte Betten	2.116	1.560	1.255	651
stationäre Aufenthalte	103.076	86.344	67.233	30.486
ambulante Frequenzen	1.759.810	1.526.552	907.495	113.934
	Anzahl in VZÄ			
Ärzte gesamt – davon	1.411,70	1.056,20	550,80	205,20
Ärzte für Allgemein- medizin	0	28,80	21,70	7,60
Turnusärzte in Ausbildung zum Arzt für Allgemein- medizin	0	56,50	93,90	32,80
<i>davon</i>				
<i>männlich</i>	0	25,00	36,00	14,00
<i>weiblich</i>	0	31,50	57,90	18,80
Fachärzte	884,50	560,40	289,60	118,30
Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt	527,20	410,50	145,60	46,50
<i>davon</i>				
<i>männlich</i>	290,40	201,30	73,00	18,00
<i>weiblich</i>	236,80	209,20	72,60	28,50

¹ Das LK St. Pölten/Lilienfeld war eine Krankenanstalt mit zwei Standorten, das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl eine Krankenanstalt mit drei Standorten.

Quellen: DIAG; Daten der überprüften Krankenanstalten

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 (1) Der RH überprüfte von März bis Juli 2014 im Rahmen einer Querschnittsüberprüfung die Ärzteausbildung im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien), im Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck (LKH Innsbruck), im Landeskrankenhaus St. Pölten/Lilienfeld¹ (LK St. Pölten/ Lilienfeld) sowie im Landeskrankenhaus Gmünd/Waidhofen/Zwettl² (LK Gmünd/ Waidhofen/ Zwettl).

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Turnusausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (TA/A) und zum Facharzt (TA/F) in Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich sowie die organisatorischen Rahmenbedingungen, die Ausbildungspraxis und die Qualitätssicherung zu beurteilen. Weiters überprüfte der RH Maßnahmen zur Korruptionsprävention.

Um einen gesamthaften Überblick zu gewinnen, überprüfte der RH die Ärzteausbildung an zwei Universitätskliniken (AKH Wien und LKH Innsbruck), einer Schwerpunktkrankenanstalt in einer zentralen Region (Standort St. Pölten) sowie an peripheren Standardkrankenanstalten (Standorte Lilienfeld, Gmünd, Waidhofen und Zwettl).

Hinsichtlich der Ausbildungspraxis überprüfte der RH schwerpunktmäßig die Ausbildung im Fachbereich Innere Medizin. Dies deshalb, weil alle überprüften Krankenanstalten über Organisationseinheiten für Innere Medizin verfügten und zur Zeit der Gebarungsüberprüfung dort die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin mit zwölf Monaten am längsten war.

Ferner wurde ein Vergleich mit den Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung in Deutschland und der Schweiz angestellt.

Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2011 bis 2013.

(2) Im Zuge der Gebarungsüberprüfung überprüfte der RH auch Inhalt und Umsetzungsstand der kürzlich vorgenommenen Reform der Ärzteausbildung (Ärzteausbildung NEU). Der bezugshabende Entwurf einer Novelle des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998) wurde im Juli 2014 zur

¹ eine Krankenanstalt an zwei Standorten

² eine Krankenanstalt an drei Standorten

Prüfungsablauf und –gegenstand

Begutachtung versandt. Der RH hatte dazu eine umfassende Stellungnahme im August 2014³ erstattet.

Die ÄrzteG–Novelle wurde Ende Oktober 2014 im Nationalrat beschlossen. Die Anregungen des RH in seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf wurden darin nur teilweise berücksichtigt.

(3) Der RH legte seinen Feststellungen die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltende Rechtslage zugrunde. Darüber hinaus stellte er die jeweils relevanten neuen – im Wesentlichen ab 1. Jänner 2015 geltenden – Bestimmungen des novellierten ÄrzteG 1998 dar.

(4) Zu dem im Februar 2015 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die Medizinische Universität Wien (MedUni Wien) im März 2015 und das BMG, die Stadt Wien, das Land Niederösterreich sowie die TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH⁴ (TILAK) und die Medizinische Universität Innsbruck (MedUni Innsbruck) im April 2015 Stellung. Die TILAK und die MedUni Innsbruck übermittelten eine gemeinsame Stellungnahme. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Juni 2015.

(5) Im März 2015 versandten das BMG bzw. die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) Entwürfe zu einer neuen Verordnung über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015) bzw. zu einer neuen Verordnung über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ VO 2015) zur Begutachtung.

Zu beiden Verordnungsentwürfen gab der RH im April 2015 Stellungnahmen im Begutachtungsverfahren ab (veröffentlicht auf der Website des RH unter Beratung/Gesetzesbegutachtungen).

³ Schreiben des RH vom 25. August 2014, GZ 300.479/010–2B1/14, veröffentlicht auf der Homepage des Parlaments unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00053/index.shtml.

Der RH ging darin u.a. auch darauf ein, dass die im Zusammenhang mit einer umfassenden Neugestaltung sich ergebenden Herausforderungen und Problemfelder (z.B. sehr große Anzahl an Anerkennungsverfahren in sehr kurzer Zeit, mögliche Steh- und Wartezeiten in der Übergangsphase) im Begutachtungsentwurf nicht behandelt wurden.

⁴ ab 24. Juni 2015 Tirol Kliniken GmbH

In der Stellungnahme zur ÄAO 2015 nahm der RH darüber hinaus Bezug auf seine ausführliche Stellungnahme zum Entwurf der ÄrzteG–Novelle aus dem Jahr 2014 und verwies auf eine Reihe von Empfehlungen, die weder in der endgültig beschlossenen ÄrzteG–Novelle noch im Entwurf zur ÄAO 2015 berücksichtigt wurden. Dies betraf bspw.

- die Beschränkung der Evaluierung vor allem auf die Messung der Auswirkungen der neuen Ausbildung an der Veränderung der Anzahl der in allgemeinärztlicher Ausbildung befindlichen Ärzte, die der RH als nicht ausreichend erachtete, um die Erreichung der gesetzten Ziele feststellen zu können;
- die fehlenden Qualitätssicherungsvorgaben für die Basisausbildung und die fehlende Kostenschätzung für die Finanzierung der Lehrpraxen;
- die fehlenden Definitionen der Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Ärztlichen Leiters und des Ausbildungsverantwortlichen sowie die fehlende Definition des Ausbildungskonzepts;
- die fehlende Klarstellung, ob die in der allgemeinmedizinischen Ausbildung verpflichtend vorgesehene Lehrpraxis vom Ausbildungsplan umfasst werden musste.

Die Anregungen des RH wurden in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 (BGBl. II Nr. 147/2015) nicht berücksichtigt.

(6) Ferner verwies der RH in seinen Stellungnahmen zu den Begutachtungsentwürfen zur ÄAO 2015 bzw. zur KEF und RZ VO 2015 auf die Notwendigkeit, wie bspw.

- der verpflichtenden Führung von Logbüchern, einer Definition der Logbücher sowie der Aufnahme von Musterlogbüchern in die KEF und RZ VO 2015 als Anlage;
- einer Verbesserung der formalen Ausgestaltung der Rasterzeugnisse, um deren ordnungsgemäße Ausstellung und die Führung der verpflichtend vorgesehenen Evaluierungsgespräche bzw. deren Dokumentation sicherzustellen;
- der Darlegung der (wissenschaftlichen) Grundlagen insbesondere für die Richtzahlen in den Anlagen zur KEF und RZ VO 2015 betreffend die von den Turnusärzten – je nach Fachrichtung – durchzuführenden Operationen bzw. zu erlangenden Fertigkeiten;

- klarer Festlegungen, wie diese Richtzahlen zu erfüllen sind, der Vornahme entsprechender Überarbeitungen sowie Ergänzungen fehlender Richtzahlen bzw. der Abgabe entsprechender Erläuterungen, warum solche fehlten;
- einer klaren Definition des Ziels eines Evaluierungsgesprächs mit den Turnusärzten, um dieses bspw. von einem regulären Mitarbeitergespräch abzugrenzen.

In der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 wurden die diese (auch) betreffenden Anregungen (Logbücher, Evaluierungsgespräche) nicht berücksichtigt.⁵

Ausgangslage und Umfeld

Ausgestaltung der Ärzteausbildung

- 2 (1) Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in den letzten Jahrzehnten in Österreich im Wesentlichen unverändert. Vorschriften über die Ausübung des ärztlichen Berufs hatte der Bund aufgrund seiner Kompetenz nach Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Gesundheitswesen) als Materiengesetzgeber in Form des Bundesgesetzes über die Ausübung des ärztlichen Berufs und die Standesvertretung der Ärzte⁶ (ÄrzteG 1998) erlassen. Darin waren auch allgemeine Regelungen über Art und Umfang der an ein abgeschlossenes Medizinstudium anschließenden Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (§ 7 ÄrzteG 1998) oder zum Facharzt in einem Sonderfach (§ 8 ÄrzteG 1998) enthalten.

Demnach hatte die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in unterschiedlichen Fachgebieten (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Neurologie oder Psychiatrie) zu erfolgen und dauerte mindestens drei Jahre.

Für die Ausbildung zum Facharzt in einem Sonderfach war eine mindestens sechsjährige praktische Ausbildung zu absolvieren. Als Nachweis über den Erfolg der Ausbildung waren in beiden Fällen die Vorlage eines sogenannten Rasterzeugnisses⁷ (TZ 38, 39) sowie die Absolvierung einer Abschlussprüfung vorgesehen (§ 26 ÄrzteG 1998); diese

⁵ Die KEF und RZ VO 2015 war bei Redaktionsschluss noch nicht veröffentlicht.

⁶ BGBl. I Nr. 169/1998

⁷ Es gab eigene Rasterzeugnisse für jeden im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ausbildung zu absolvierenden Fachbereich und für jedes Sonderfach; darin waren u.a. die jeweils zu erreichenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten festgelegt.

führte die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) durch (§ 7 Abs. 5 und § 8 Abs. 3 ÄrzteG 1998).

Während dieser Zeit waren die vom Gesetz als „Turnusärzte“ bezeichneten Ärzte in Ausbildung nur zur unselbstständigen Ausübung ärztlicher Tätigkeiten berechtigt.⁸ Grundsätzlich durften sie nur unter Anleitung und Aufsicht von ausbildenden Ärzten tätig werden (§ 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998). Allerdings konnte die Intensität der Aufsicht dem jeweiligen Ausbildungsstand des Turnusarztes entsprechend angepasst werden (TZ 41).

(2) Auf den Regelungen des ÄrzteG 1998 aufbauend, hatte das BMG gemäß § 24 ÄrzteG 1998 eine Ärzteausbildungsverordnung⁹ (ÄAO) erlassen. Darin wurden die Aufgabengebiete der fertig ausgebildeten Ärzte und daran anknüpfend Ziel und Umfang der Ausbildung definiert. Danach war etwa Ziel der allgemeinärztlichen Ausbildung die Befähigung zur selbstständigen Ausübung des in § 5 ÄAO festgelegten Aufgabengebiets des Arztes für Allgemeinmedizin durch den geregelten Erwerb und Nachweis der notwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten.

Welche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Rahmen der Ausbildung genau zu erwerben waren, regelte der Bund allerdings nicht selbst, sondern seit der 5. ÄrzteG–Novelle BGBl. I Nr. 140/2003 die ÖÄK. Diese hatte im Rahmen dieses übertragenen Wirkungsbereichs (§ 117c Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998) unter Beachtung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft und der internationalen Entwicklung der Allgemeinmedizin eine Verordnung über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt (KEF–VO) zu erlassen und regelmäßig anzupassen (§ 24 Abs. 2 ÄrzteG 1998).

⁸ Für den Fall, dass ein Arzt die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bereits abgeschlossen hat und sich in Ausbildung zum Facharzt bspw. für Augenheilkunde befand, war er zwar als Arzt für Allgemeinmedizin zur selbstständigen Berufsausübung nicht aber als Facharzt für Augenheilkunde berechtigt.

⁹ Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, BGBl. II 286/2006

Ausgangslage und Umfeld

Dabei hatte die ÖÄK eng mit dem BMG zu kooperieren (§ 195g Abs. 2 Z 3 ÄrzteG 1998). Die ÖÄK hatte die KEF-VO im Jahr 2007 erlassen und diese seither in vier sonderfachspezifischen Novellen¹⁰ für die Facharztausbildung angepasst.

(3) Mit dem Ziel, eine dem Stand der Wissenschaft und den modernen Anforderungen entsprechende qualitativvolle Ärztausbildung zu schaffen, sowie aus Sorge um einen Nachwuchsmangel, gab es seit einigen Jahren Bemühungen um eine Reform dieser Ausbildung. Die Gesundheitsreform 2013 sah dafür auch eine Kommission vor, bestehend u.a. aus Vertretern der Krankenanstaltenträger, der Medizinischen Universitäten und der ÖÄK.¹¹

Im Juli 2014 versandte das BMG einen Entwurf zur Novelle des ÄrzteG 1998 hinsichtlich der Ärztausbildung zur Begutachtung. Diese Novelle wurde mit einigen Abänderungen im Vergleich zum Begutachtungsentwurf Ende Oktober 2014 vom Nationalrat beschlossen (TZ 1) und ist am 1. Jänner 2015 bzw. am 1. Juli 2015 in Kraft getreten. Die Ärztausbildung NEU ist für jene Personen verpflichtend, die ab 1. Juni 2015 ihre ärztliche Ausbildung beginnen werden.

(4) Die Novelle sah eine grundsätzliche Neugestaltung der Ärztausbildung vor. Kernstück war die Teilung der Ausbildung in eine mindestens neunmonatige Basisausbildung¹² und die darauf aufbauende praktische Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. die ebenfalls darauf aufbauende Sonderfachausbildung zum Facharzt. Als weitere wesentliche Neuerung sollen die TÄ/A einen Teil der Ausbildung in einer Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis oder einem Lehrambulatorium im niedergelassenen Bereich absolvieren müssen.

Ärztausbildung bis
Ende 2014 und
Ärztausbildung NEU

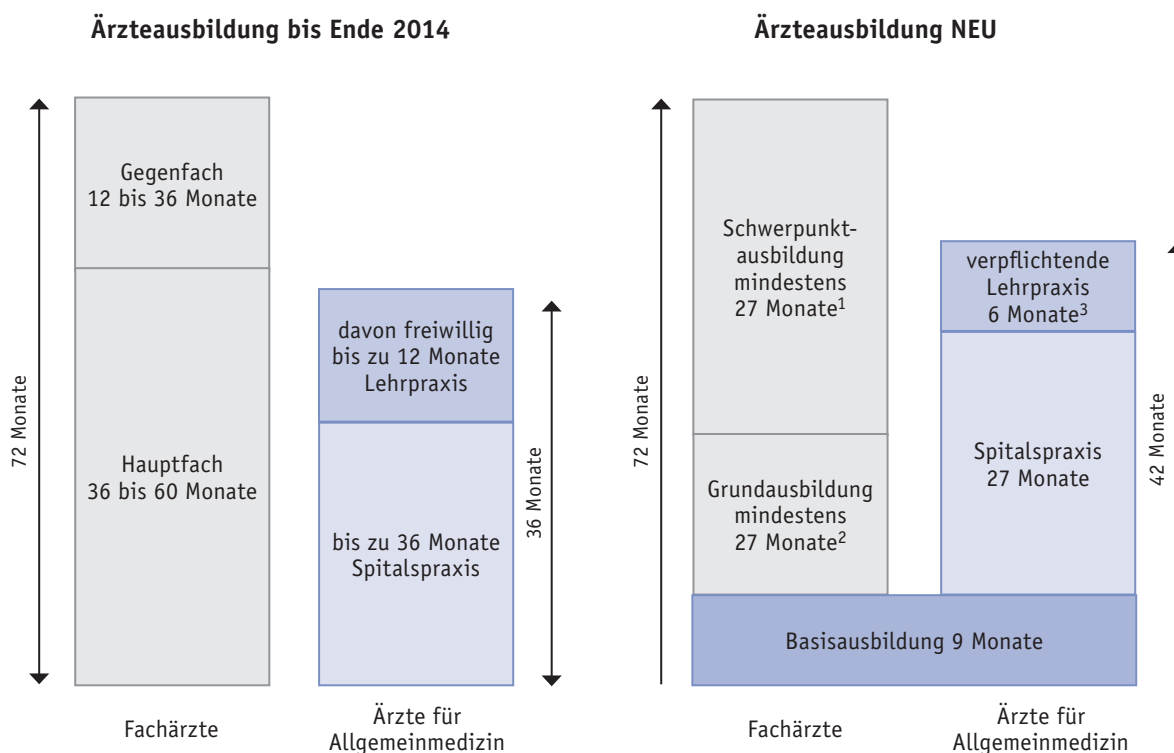
3.1 (1) Die nachfolgende Grafik stellt die Grundstruktur der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Ärztausbildung jener der Ärztausbildung NEU gegenüber:

¹⁰ Die Novellen betrafen Änderungen im Sonderfach Pathologie (1. Novelle noch im Jahr 2007), im Sonderfach Chirurgie (2. Novelle im Jahr 2008), im Sonderfach Gynäkologie/Geburtshilfe (3. Novelle im Jahr 2010), und die Ergänzung des Sonderfachs Innere Medizin durch die Schaffung eines Additivfachs Geriatrie (4. Novelle im Jahr 2011).

¹¹ Kommission gemäß Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.F. BGBl. I Nr. 199/2013

¹² Für das Sonderfach Anatomie entfällt die Basisausbildung.

Abbildung 1: Ausbildungsstrukturen bis Ende 2014 und NEU (ab. 1. Jänner 2015)



¹ Ausnahme: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

² in chirurgischen Fachgebieten mindestens 15 Monate

³ nach sieben Jahren: neun Monate, nach weiteren fünf Jahren: zwölf Monate

Quellen: ÄrzteG 1998 in der Fassung bis Ende 2014 und Ärzteausbildung NEU

Die mehrjährige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. zum Facharzt setzte die Absolvierung eines Studiums der Humanmedizin voraus; im Jahr 2014 befanden sich in Österreich insgesamt rd. 6.460 Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung bzw. in Facharztausbildung. Die Ärzteausbildung fand zur Zeit der Gebarungsüberprüfung überwiegend in einer Krankenanstalt statt; Teile der Ausbildung konnten auch im niedergelassenen Bereich absolviert werden. Die Ärzteausbildung NEU sieht nunmehr im Rahmen der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin eine verpflichtende Tätigkeit im niedergelassenen Bereich (Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis bzw. Lehrambulatorium) im Ausmaß von derzeit sechs Monaten vor. (TZ 8)

Im Rahmen der ärztlichen Ausbildung waren in der Regel verschiedene Fachbereiche zu durchlaufen; die genauen Inhalte für die Ärzteausbildung NEU werden in der ÄAO 2015 festgelegt. Das die jeweiligen Ausbildungserfolge dokumentierende Rasterzeugnis, das zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nach Absolvierung eines Ausbildungsab-

schnitts bzw. einmal jährlich auszustellen war, hatten die sogenannten Ausbildungsverantwortlichen (Primärärzte der jeweils ausbildenden Abteilung) zu unterzeichnen; diese trugen in der Praxis die größte Ausbildungsverantwortung und waren verpflichtet, den Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln. (TZ 2, 23, 27, 38)

Als Instrumente für einen qualitätsgesicherten inhaltlichen Verlauf der ärztlichen Ausbildung waren u.a. Logbücher¹³ (TZ 25), Ausbildungskonzepte¹⁴ (TZ 26) und regelmäßige – in der ÄAO – vorgeschriebene Evaluierungsgespräche¹⁵ (TZ 38, 40) von Bedeutung. Das neue ÄrzteG sah erstmals Ausbildungskonzepte und auch Ausbildungspläne (über den zeitlichen Verlauf der Ausbildung, TZ 27) verpflichtend vor. Nach erfolgreicher Absolvierung der ärztlichen Ausbildung in einer Krankenanstalt bzw. im niedergelassenen Bereich hatte der Turnusarzt zum Abschluss eine Arztprüfung abzulegen; diese führte die ÖÄK durch (TZ 2).

(2) In den vergangenen Jahren absolvierten rd. 50 % der Turnusärzte vor der Facharztausbildung auch die mindestens dreijährige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (so lag 2013 bei rd. 490 von rd. 990 Facharztanerkennungen auch eine abgeschlossene Ausbildung zum Allgemeinmediziner vor); dies lag bspw. daran, dass nach Abschluss des Studiums keine (angestrebte) Facharztausbildungsstelle frei war oder Krankenanstalten die vorangehende Absolvierung des dreijährigen Turnus voraussetzten. Darüber hinaus waren für eine „Spezialisierung“ (sogenannte Additivfächer, z.B. Kardiologie oder Rheumatologie) weitere drei Ausbildungsjahre erforderlich. Aus den genannten Gründen konnte die Ausbildung insgesamt mindestens zwölf Jahre dauern.

(3) Während die Ärzteausbildung NEU nunmehr einer Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung von mindestens 36 auf langfristig mindestens 48 Monate (durch die Verlängerung der Lehrpraxis um zweimal drei Monate nach sieben bzw. zwölf Jahren) vorsah, soll die Facharztausbildung etwa dadurch gestrafft werden, dass die Additivfächer in der Sonderfach-Spezialausbildung aufgehen.

¹³ Das Logbuch soll dem Lernenden sowie dem Ausbildungsverantwortlichen einen Überblick über die Lernziele und Lerninhalte bzw. deren Absolvierung während der gesamten Ausbildungszeit geben.

¹⁴ Ein Ausbildungskonzept sollte abteilungsspezifisch u.a. schriftlich festlegen, auf welche Weise und in welcher Abteilungsstruktur die jeweiligen Ausbildungsinhalte zum Allgemeinmediziner bzw. in einem Sonderfach konkret vermittelt werden sollen und wer der jeweilige Ausbildungsverantwortliche ist.

¹⁵ Diese Gespräche waren vor Ausstellung der Rasterzeugnisse vom Ausbildungsverantwortlichen mit dem Turnusarzt zu führen und zu dokumentieren.

Ferner verlagerte die Novelle zum ÄrzteG 1998 noch stärker als bisher die Regelung bestimmter Inhalte (wie etwa die konkrete Ausgestaltung der Basisausbildung oder der Ausbildung zum Allgemeinmediziner) auf die Verordnungsebene (im Wesentlichen in die ÄAO).

(4) Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wies der RH darauf hin, dass – mangels entsprechender Darlegungen – für ihn nicht nachvollziehbar war, auf welchen Grundlagen die Neugestaltung basierte und warum gerade die im Entwurf enthaltenen Maßnahmen eine moderne und bedarfsgerechte Ärzteausbildung auch vor dem Hintergrund der Etablierung eines – im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 vorgesehenen – Primary Health Care Modells sicherstellen konnten. Weiters wies er auf den für eine derart umfassende Neugestaltung und die dadurch erforderlichen Maßnahmen (sehr große Anzahl von gleichzeitig zu führenden Anerkennungsverfahren, Umstrukturierungen in den Krankenanstalten etc.) äußerst kurzen Umsetzungszeitraum von einem knappen halben Jahr hin.

Nach Ansicht des RH war die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung nicht ausreichend begründet bzw. mangels abschließender Festlegung der im Rahmen der Ausbildung zu absolvierenden Fachbereiche im Entwurf nicht nachvollziehbar. Die Verlagerung dieser Festlegung wie auch der Regelung weiterer wesentlicher Inhalte auf die Verordnungsebene bewirkte, dass wichtige Aspekte der Neugestaltung der Ärzteausbildung von der Gesetzgebung zur Verwaltung verlagert wurden.

Weiters kritisierte der RH im Rahmen der Begutachtung, dass etwaige Folgen der nunmehr aufeinander aufbauenden Ausbildungsteile (z.B. für TÄ/F: Basisausbildung, Sonderfach-Grundausbildung und zuletzt Sonderfach-Schwerpunktausbildung) oder der verpflichtenden Lehrpraxis für TÄ/A, wie bspw. Steh- und Wartezeiten, im Entwurf nicht ausreichend thematisiert wurden; darüber hinaus war keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen.

Diese Hinweise des RH wurden in weiterer Folge nicht berücksichtigt.

- 3.2** Der RH hielt kritisch fest, dass die Ärzteausbildung in den letzten Jahrzehnten im Wesentlichen unverändert geblieben war. Die Bemühungen um eine grundlegende Neugestaltung mit dem Ziel der Modernisierung und Qualitätssicherung wertete er grundsätzlich positiv.

Ausgangslage und Umfeld

Der RH wies jedoch darauf hin, dass seine Bedenken im Begutachtungsverfahren zur Novelle des ÄrzteG 1998, wonach insbesondere

- die Novelle noch stärker als bisher die Regelung bestimmter Inhalte von der Gesetzgebung auf die Verordnungsebene verschob,
- die Grundlagen für die umfassende Neugestaltung sowie die Eignung der getroffenen Maßnahmen für die Schaffung einer modernen und bedarfsgerechten Ärzteausbildung für ihn nicht nachvollziehbar waren und die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung nicht ausreichend begründet war,
- der Umsetzungszeitraum kurz bemessen, etwaige Folgen bspw. der nunmehr aufbauenden Ausbildungsstruktur nicht ausreichend thematisiert sowie keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen waren,

in der endgültig beschlossenen ÄrzteG–Novelle nicht berücksichtigt wurden. Der RH hielt daher diese grundlegenden Bedenken aufrecht.

Ärztelnachwuchs
– Studierende der
Humanmedizin

4.1 (1) Voraussetzung für die Absolvierung der Ärzteausbildung in Österreich ist der Abschluss des Studiums der Humanmedizin.

Bis zu einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) im Juli 2005¹⁶ unterlag der Zugang zum Medizinstudium für österreichische Studienbewerber kaum Beschränkungen, solche mit ausländischem Reifeprüfungszeugnis hatten demgegenüber eine Studienberechtigung für das jeweilige Studium in dem Staat nachzuweisen, in dem das Reifeprüfungszeugnis ausgestellt worden war („Besondere Universitätsreife“). Der EuGH beurteilte diese besondere Universitätsreife allerdings als europarechtswidrig.¹⁷

(2) Durch eine – als Folge des EuGH–Urteils – unbeschränkte Öffnung der Universitäten für Unionsbürger befürchtete Österreich, dass auf längere Sicht die notwendige Versorgung der Gesellschaft und der Wirtschaft Österreichs mit Absolventen bestimmter Studienrichtungen nicht sichergestellt werden könne. Der Nationalrat beschloss daher eine Gesetzesänderung, welche die Universitäten ermächtigte, vorerst

¹⁶ Rs C–147/03 Kommission/Österreich

¹⁷ siehe dazu und zu den nachfolgenden Ausführungen unter (2) den Bericht des RH betreffend Medizinische Universitäten Wien, Graz und Innsbruck sowie Veterinärmedizinische Universität Wien: Regelungen über den Hochschulzugang, Reihe Bund 2007/14

befristet und auf bestimmte Studienrichtungen begrenzt, Zugangsbeschränkungen zu verordnen.

Die Medizinischen Universitäten Wien¹⁸, Graz¹⁹ und Innsbruck²⁰ erlebten in der Folge auf Grundlage des Universitätsgesetzes 2002²¹ solche Zugangsbeschränkungen durch Verordnungen.²²

Da im Wintersemester 2005/2006 ein verstärkter Zustrom von Studienbewerbern aus Deutschland beobachtet werden konnte, erachtete der Gesetzgeber es als erforderlich, ab dem Wintersemester 2006/2007 eine Quotenregelung einzuführen. Danach wurden 75 % der Studienplätze im Fach Humanmedizin für Inhaber österreichischer Reifeprüfungszeugnisse reserviert, 20 % für EU-Bürger und 5 % für Angehörige von Drittstaaten.

(3) Die Entwicklung der Absolventenzahl des Studiums der Humanmedizin stellte sich seit dem Studienjahr 2000/2001 wie folgt dar:

¹⁸ zuletzt Verordnung über die Zulassungsbeschränkung zu den Diplomstudien Human- und Zahnmedizin, Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Wien vom 29. Jänner 2014

¹⁹ Verordnung über die Zulassungsbeschränkung zu den Diplomstudien Human- und Zahnmedizin, Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Graz vom 5. Februar 2014

²⁰ zuletzt Verordnung über die Zulassungsbeschränkung zu den Diplomstudien Human- und Zahnmedizin für das Studienjahr 2014/2015, Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Innsbruck vom 3. Februar 2014

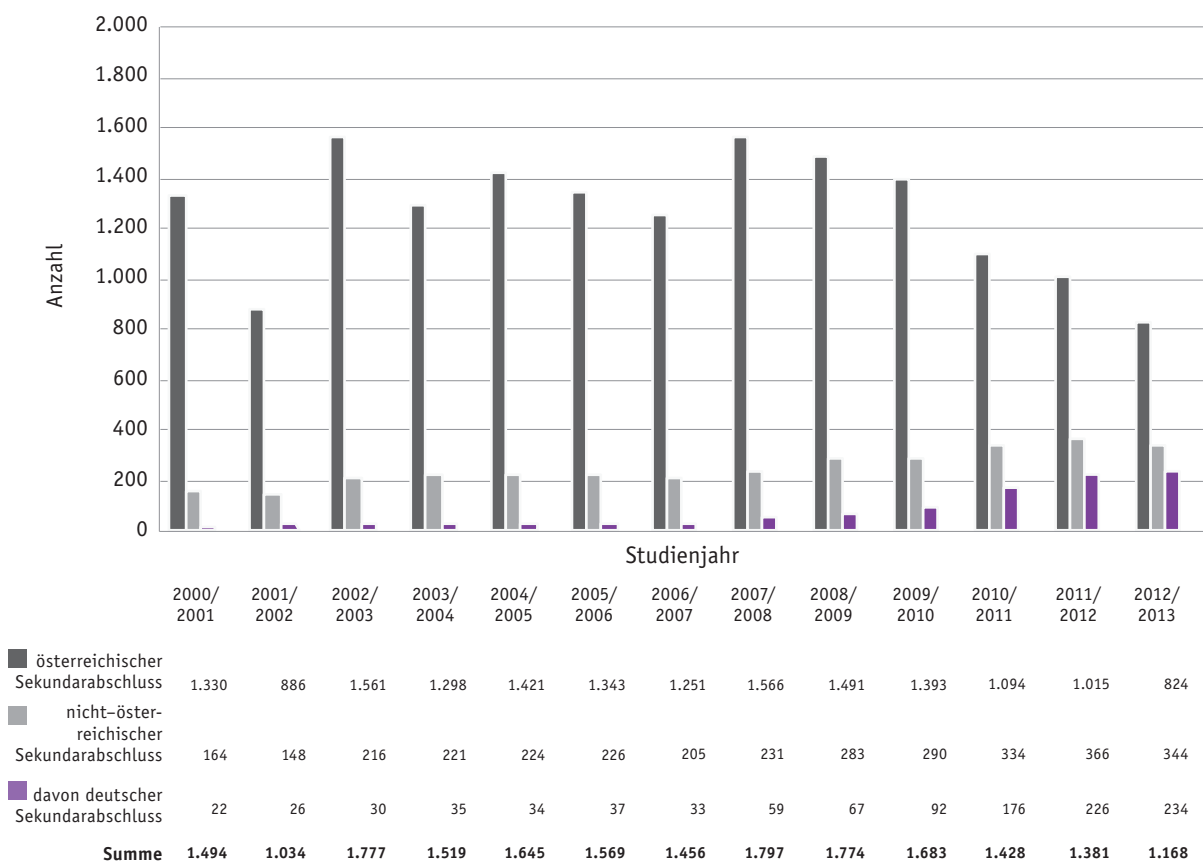
²¹ BGBl. I Nr. 120/2002

²² Diese beschränkten die Studienplätze wie folgt:
– 75 % für EU-Bürger mit einem in Österreich ausgestellten Reifezeugnis,
– 20 % EU-Bürger mit einem in- oder außerhalb des EU/EWR-Raums ausgestellten Reifeprüfungszeugnis und ihnen im Hinblick auf den Studienzugang gleichgestellten Personen und
– 5 % Drittstaatsangehörige mit einem in- oder außerhalb des EU/EWR-Raums ausgestellten Reifeprüfungszeugnis

Weiters wurden in den Verordnungen die Details des Aufnahmeverfahrens für die Studienrichtungen Human- und Zahnmedizin (Anmeldung, Kosten, Aufnahmetest und dessen Bewertung) geregelt.

Ausgangslage und Umfeld

Abbildung 2: Absolventen Humanmedizin nach Staatszugehörigkeit des Sekundarabschlusses

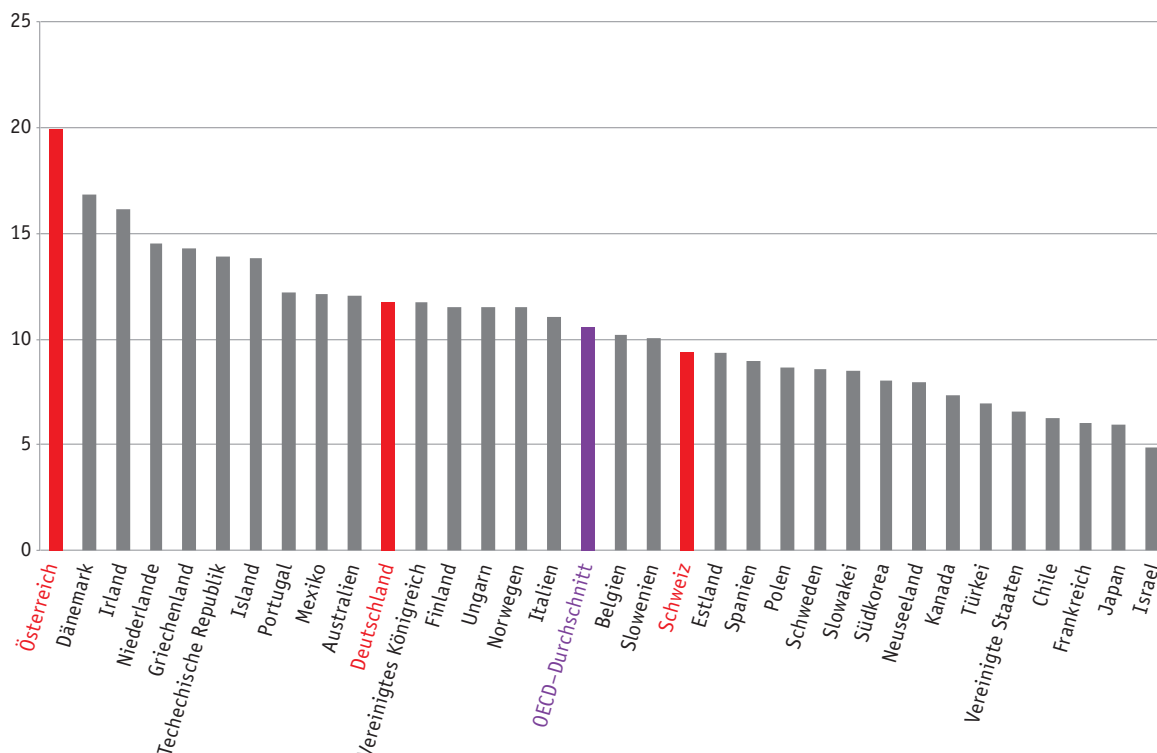


Quelle: BMFWF

Durch das EuGH-Urteil und die von Österreich gesetzten Maßnahmen zur Zulassungsbeschränkung im Medizinstudium verringerte sich insgesamt die Anzahl aller in Österreich Medizin-Studierenden und damit auch der Absolventen von 1.494 (2000/2001) auf 1.168 (2012/2013) um rd. 22 %; gleichzeitig erhöhte sich der Anteil der Absolventen mit einem ausländischen Schulabschluss von rd. 11 % auf rd. 29 %.

(4) Im internationalen Vergleich zeigte sich folgendes Bild:

Abbildung 3: Anzahl der Absolventen des Medizinstudiums pro 100.000 Einwohner 2011 (bzw. letztes Jahr der Verfügbarkeit)



Quelle: OECD Health Statistics 2013

Im internationalen Vergleich brachte Österreich jedoch – bezogen auf die Bevölkerung – mit Abstand die meisten Absolventen (rd. 20 Absolventen pro 100.000 Einwohner) des Medizinstudiums hervor, nämlich fast doppelt so viele wie der OECD-Schnitt von rund elf pro 100.000 Einwohner.

- 4.2 Der RH hielt fest, dass sich seit dem Studienjahr 2000/2001 nicht nur die Gesamtzahl der Absolventen der Humanmedizin deutlich verringerte (um rd. 22 %), sondern gleichzeitig auch der Anteil österreichischer Absolventen von rd. 89 % (1.330) auf rd. 71 % (824) sank. Im internationalen Vergleich gab es in Österreich jedoch fast doppelt so viele Medizin-Absolventen wie im OECD-Schnitt.

Ausgangslage und Umfeld

Berufsweg nach dem Studium bzw. der Turnusausbildung

5.1 Vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussionen um die Reform der Ärzteausbildung und um einen angeblich drohenden Ärztemangel untersuchte der RH die Frage nach dem Weg vom Absolventen der Humanmedizin bis zum ausgebildeten Arzt. Dabei stellte er fest, dass kaum Daten über den Berufsweg jener Absolventen vorlagen, die nicht in der ÖÄK als Turnusärzte eingetragen waren.

(1) Das BMFWF ließ im Rahmen des Österreichberichts zum Medizin-Moratorium²³ (Österreichbericht) regelmäßig Studierende der Human- und Zahnmedizin im letzten Studienjahr nach dem Land der beabsichtigten Beschäftigung befragen.²⁴

Im Jahr 2014 wurden darüberhinaus die Befragungsteilnehmer von drei Studienjahrgangskohorten (Befragungen 2011 bis 2013) zu ihrer Berufstätigkeit und dem Land ihrer tatsächlichen Berufsausübung einer Folgebefragung unterzogen.

Laut Österreichbericht setzten sich die Befragten aus 75 % Österreichern, 19 % deutschen Staatsbürgern und 6 % Übrigen zusammen. Rund zwei Drittel der Befragten gaben an, in Österreich zu arbeiten, rund ein Viertel in Deutschland und 9 % in anderen Ländern. Von den Österreichern arbeiteten 80 % in Österreich, 11 % in Deutschland und 8 % anderswo. Von den deutschen Absolventen waren rund ein Fünftel in Österreich berufstätig und rund zwei Drittel in Deutschland.

²³ Das Moratorium der EU-Kommission erlaubt Österreich beim Medizinstudium Zugangsbeschränkungen für EU-Ausländer (siehe TZ 4).

²⁴ Der Fragebogen enthielt neben Fragestellungen zu den Motiven (Karriere-, Beschäftigungs- und Verdienstmöglichkeiten sowie (Herkunfts)Familie, Freunde, Partner und Lebensqualität) für die beabsichtigte Wahl des Beschäftigungsortes u.a. auch Fragen zu den gewünschten Ausbildungsbedingungen:

Auszug aus dem Fragebogen der Studierendenbefragung:

„Frage:

Wenn Sie an die Zeit Ihrer Ausbildung nach der Promotion denken: Was erwarten Sie sich primär von einem guten Ausbildungsplatz? Bitte geben Sie die drei für Sie wichtigsten Kriterien an.

[1] Arbeitsort in einer Stadt/in der Nähe einer Stadt

[2] Gute Bezahlung

[3] Attraktive Arbeitszeiten

[4] Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch Kinderbetreuung/Teilzeitmodelle

[5] Hohe Wertschätzung der Institution gegenüber JungärztInnen

[6] Turnus keine Voraussetzung zum Start der Facharztausbildung

[7] Zeitlich durchorganisierte Ausbildung

[8] In Wissensvermittlung geschulte Ober- und PrimärärztInnen

[9] Hoher medizinischer Lernwert

[10] Geringe Belastung durch Administration/Dokumentation

[11] Einbindung in die abteilungsinternen Abläufe

[12] Anderes

[13] Nichts davon“

Zu den Motiven der Wahl des Beschäftigungsortes gab es Fragestellungen zu zwei Motivgruppen, nämlich Karriere-, Beschäftigungs- und Verdienstmöglichkeiten sowie (Herkunfts)Familie, Freunde, Partner und Lebensqualität.²⁵ Bislang fanden nur Linearauszählungen der Befragungsergebnisse statt; komplexere statistische Auswertungen erfolgten nicht.

Die Medizinische Universität Wien (MedUni Wien) gab an, gemeinsam mit der Medizinischen Universität Graz eine Studie betreffend Absolventen-Abwanderungszahlen beim Institut für Höhere Studien beauftragt zu haben; die Ergebnisse seien im Herbst 2015 zu erwarten.²⁶ Die vom BMWFW beauftragten Befragungen seien ihr nicht bekannt gewesen.

(2) Zur tatsächlichen Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in Österreich nach Absolvierung eines Studiums der Humanmedizin an den Medizinischen Universitäten Wien, Graz und Innsbruck sowie an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg ergaben die Daten der ÖÄK folgendes Bild:

²⁵ Auszug aus dem Fragebogen der Absolventenbefragung:

„Frage:

Warum wollten Sie gerade in [Progr.: Land/Bundesland, das bei F13 oder F14 genannt wurde, einblenden] tätig werden?

[1] Wegen der besseren Beschäftigungs- und Karrierechancen

[2] Wegen der besseren Verdienstmöglichkeiten

[3] Ich wollte soziale Kontakte zu FreundInnen, Familie aufrechterhalten

[4] Partner/in ist in der Region bereits berufstätig

[5] Wegen Verpflichtungen gegenüber den Eltern

[6] Wegen der Lebensqualität

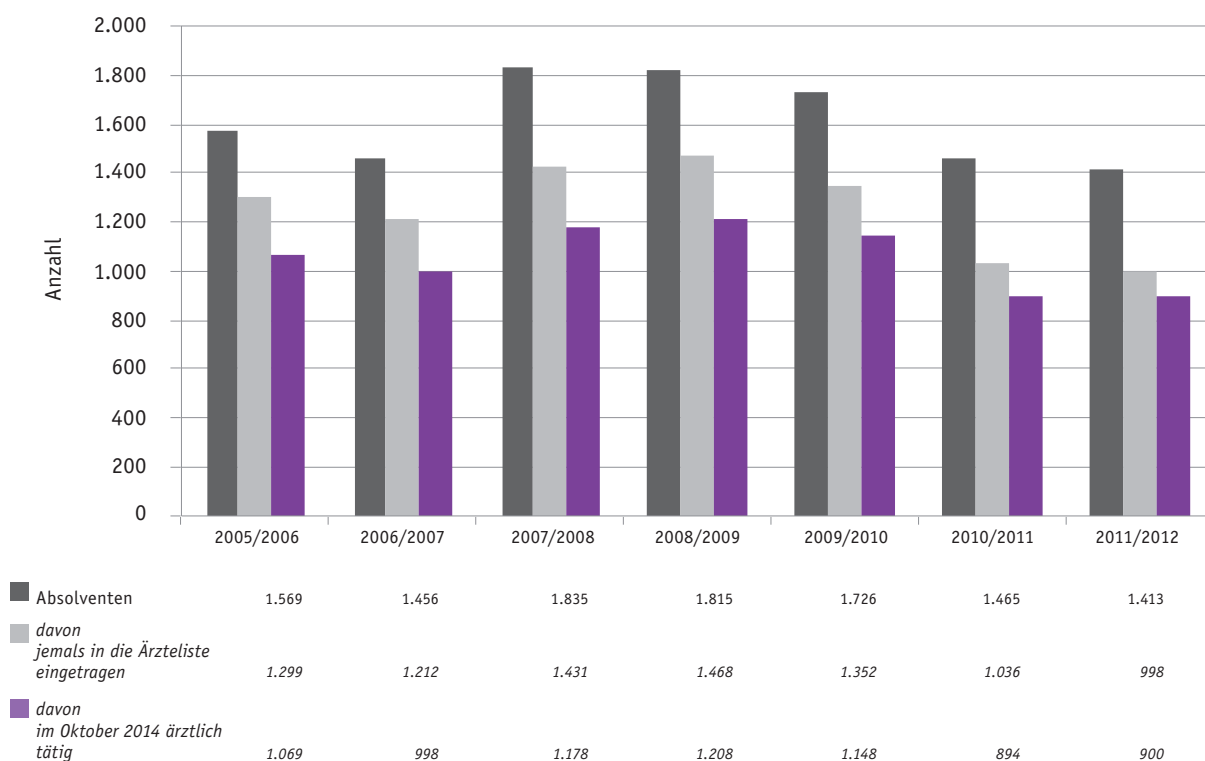
[7] Wegen der Infrastruktur

[8] Sonstiges“

²⁶ Nach Angaben der MedUni Wien hat sich die Medizinische Universität Innsbruck (MedUni Innsbruck) der Erhebung nicht angeschlossen.

Ausgangslage und Umfeld

Abbildung 4: Absolventen österreichischer Medizinuniversitäten (einschließlich Paracelsus Medizinische Privatuniversität) – ärztliche Tätigkeit – Drop-out



Quelle: ÖÄK

Wie die Abbildung zeigt, ließen sich von den Medizin-Absolventen österreichischer Medizinischer Universitäten lediglich zwischen rd. 71 % (Studienjahr 2011/2012) und rd. 83 % (Studienjahr 2006/2007) jemals in die Ärzteliste der ÖÄK eintragen. Im Oktober 2014 waren laut Daten der ÖÄK nur mehr zwischen 61 % der Absolventen des Studienjahrs 2010/2011 und rd. 69 % jener des Studienjahrs 2006/2007 in Österreich ärztlich tätig. Somit standen bis zu rd. 40 % der Absolventen für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung.

Laut Statistischem Taschenbuch 2013²⁷ des BMFWF betragen die durchschnittlichen Bundesausgaben je Absolvent zwischen rd. 326.000 EUR (Medizinische Universität Graz) und rd. 415.000 EUR (MedUni Wien).

²⁷ Tabelle 8.8

Abgesehen von den unter (1) genannten Befragungen lagen seitens des BMG und der ÖÄK keine konkreten Daten zu den Drop-out-Gründen bzw. über den weiteren Berufsweg dieser Personen vor.

(3) Ebenso wenig war – gerade vor dem Hintergrund der Diskussion um einen Nachwuchsmangel im niedergelassenen Bereich – anhand von Daten konkret nachvollziehbar, warum in den letzten Jahren immer weniger Allgemeinmediziner in einer eigenen Ordination tätig waren:

Tabelle 1: Allgemeinmediziner mit Ordinationsniederlassung im Juli 2014			
Jahr	Anzahl der Anerkennungen zum Allgemeinmediziner	davon im Juli 2014 mit Ordinationsniederlassung	Anteil
			in %
2006	846	272	32
2007	868	272	31
2008	845	217	26
2009	866	190	22
2010	865	163	19
2011	893	171	19
2012	861	123	14
2013	881	115	13

Quelle: ÖÄK

5.2 Der RH sah – auch vor dem Hintergrund der hohen Bundesausgaben für das Studium der Humanmedizin an österreichischen Medizinischen Universitäten – kritisch, dass bis zu 40 % der Absolventen für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung standen.

Der RH kritisierte in diesem Zusammenhang das Fehlen wesentlicher Daten bzw. Entscheidungsgrundlagen (wie etwa betreffend die Drop-Out-Gründe von Turnusärzten, der Rückgang von Allgemeinmediziner mit eigenen Ordinationen, etc.), die erforderlich wären, um nachhaltig geeignete Voraussetzungen für den Verbleib von (Turnus)Ärzten in Österreich zu schaffen.

So war bspw. nicht klar nachvollziehbar, warum sich so viele Absolventen (letztlich) für einen nicht-ärztlichen Berufsweg in Österreich entschieden bzw. wieviele aus welchen konkreten Gründen ins Ausland abwanderten. Ebenso wenig waren die Beweggründe dafür, dass in den letzten Jahren weniger als ein Drittel jener Ärzte, die über die Ausbildung zum Allgemeinmediziner verfügten, in einer eigenen Ordination im niedergelassenen Bereich tätig waren, eindeutig nachvollziehbar.

Ausgangslage und Umfeld

Als ersten Ansatz zur Verbesserung der Datenlage sah der RH die Befragungen des BMWWF grundsätzlich positiv. Kritisch sah er allerdings die offensichtlich mangelnde Transparenz dieser Maßnahmen etwa gegenüber der MedUni Wien.

Für eine nachhaltige Besserung der Datenlage hielt der RH ein gemeinsames Vorgehen aller für die Ausbildung von Medizin-Studierenden bzw. von Turnusärzten zuständigen Institutionen für unabdingbar. Der RH empfahl daher dem BMG insbesondere gemeinsam mit dem BMWWF, den Medizinischen Universitäten und der ÖÄK, standardmäßig dafür zu sorgen, dass die Anzahl der abwandernden Absolventen bzw. Turnusärzte sowie die Abwanderungsgründe erhoben und umfassend ausgewertet werden.

Weiters empfahl der RH dem BMG gemeinsam mit den genannten Institutionen regelmäßige Erhebungen zu den Gründen, warum keine postpromotionelle Ausbildung begonnen wurde bzw. zu den „Drop-out-Gründen“ von Turnusärzten, um gegebenenfalls zeitnah die notwendigen (Ausbildungs)Maßnahmen treffen zu können.

5.3 *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass das BMWWF für Fragen des Hochschulrechts und damit für das Studium der Humanmedizin sowie das BMG für die postpromotionelle Ausbildung von Ärzten zuständig sei. Um eine Verbesserung der Datenlage betreffend Turnusärzte zu erzielen, sei im ÄrzteG 1998 ein neuartiges System der Ausbildungsstellenverwaltung eingeführt worden.*

5.4 Der RH entgegnete dem BMG, dass eine qualitätsgesicherte Ärzteausbildung sowie die Schaffung und Weiterentwicklung einer optimalen und attraktiven Ärzteausbildung das Zusammenwirken des BMG mit dem BMWWF und allen weiteren am gesamten Ausbildungsprozess beteiligten Einrichtungen erfordere. Er hielt deshalb seine Empfehlungen bezüglich einer Verbesserung der Datenlage durch ein gemeinsames Vorgehen aller am gesamten Ausbildungsprozess Beteiligten aufrecht, weil nur dadurch von Beginn des humanmedizinischen Ausbildungsprozesses an eine adäquate Steuerung und laufende Verbesserung möglich war. Die neue Ausbildungsstellenverwaltung hatte der RH bereits positiv bewertet (siehe dazu TZ 29).

Vergleiche mit
Deutschland und der
Schweiz

Ärztewanderung

6.1 Vor dem Hintergrund der häufig diskutierten Abwanderung von Turnusärzten analysierte der RH die Wanderungsbewegungen von Ärzten nach Deutschland sowie in die Schweiz und umgekehrt.

(1) Die deutsche Bundesärztekammer veröffentlichte in der Ärztestatistik die Anzahl der in Deutschland tätigen ausländischen Ärzte. Die ÖÄK stellte dem RH Daten über deutsche Ärzte in Österreich zur Verfügung.

Tabelle 2: Österreichische Ärzte in Deutschland – deutsche Ärzte in Österreich

Jahr	österreichische Ärzte in Deutschland ¹	deutsche Ärzte in Österreich ²	Differenz
	Anzahl		
2005	1.269	1.152	117
2006	1.251	1.132	119
2007	1.397	1.159	238
2008	1.556	1.244	312
2009	1.759	1.241	518
2010	1.872	1.305	567
2011	2.025	1.350	675
2012	2.090	1.379	711
2013	2.189	1.469	720

¹ Ärzte mit österreichischer Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Auswertung (Dezember)

2005: noch keine Unterscheidung zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Ärzten

² Ärzte mit deutscher Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Auswertung (August)

Quellen: deutsche Bundesärztekammer; ÖÄK

Wie die Tabelle zeigt, war die Anzahl der österreichischen Ärzte in Deutschland insbesondere ab 2007 deutlich höher als die Zahl der deutschen Ärzte in Österreich.

(2) Was die Gesamtzahl der in der Schweiz tätigen österreichischen Ärzte anbelangt, legte die Statistik der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)²⁸ grundsätzlich das Land des Studienabschlusses zugrunde. Danach stieg die Zahl der Ärzte mit österreichischem Abschluss in der Schweiz in den letzten Jahren stark an (2004: 89; 2013: 540); in diesen Zahlen waren Assistenzärzte allerdings nur dann erfasst, wenn sie (freiwillig) Mitglieder der FMH sind. Für ausgebildete Fachärzte bestand eine Meldepflicht gegenüber der FMH.

Die Zahl der Schweizer Ärzte²⁹ in Österreich betrug – laut ÖÄK – lediglich zwischen zwölf (2006) und 19 (2012).

²⁸ Fédération des médecins suisses: Die FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) ist als privatrechtlicher Verein organisiert und vertritt die Interessen der Ärzteschaft. Sie hat über 38.000 Mitglieder, was über 95 % der in der Schweiz berufstätigen Ärzteschaft entspricht. Seit 2002 besteht keine Pflichtmitgliedschaft mehr.

²⁹ Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Auswertung (August)

Ausgangslage und Umfeld

- 6.2** Zur Ärztewanderung stellte der RH fest, dass mehr österreichische Ärzte in Deutschland tätig waren als umgekehrt. In der Schweiz arbeiteten deutlich mehr Ärzte mit österreichischem Abschluss als Schweizer Ärzte in Österreich.

Vor dem Hintergrund dieser Abwanderungsentwicklungen und der mit der Ärzteausbildung verbundenen Kosten wiederholte der RH seine Empfehlung nach einer Verbesserung der Datenlage und der Erhebung der Abwanderungsgründe (TZ 5), um zeitnah geeignete Steuerungsmaßnahmen ergreifen zu können. Ergänzend empfahl er für eine Verbesserung der Datenlage eine verstärkte Zusammenarbeit mit ausländischen ärztlichen Interessenvertretungen (z.B. deutsche Landesärztekammern³⁰).

- 6.3** *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass das BMWFW für Fragen des Hochschulrechts und damit für das Studium der Humanmedizin sowie das BMG für die postpromotionelle Ausbildung von Ärzten zuständig sei. Um eine Verbesserung der Datenlage betreffend Turnusärzte zu erzielen, sei im ÄrzteG 1998 ein neuartiges System der Ausbildungsstellenverwaltung eingeführt worden.*

- 6.4** Der RH verblieb bei seinen Empfehlungen zur Verbesserung der Datenlage (siehe TZ 5). Ergänzend wies er darauf hin, dass Maßnahmen gegen eine verstärkte Abwanderung von (Jung)Ärzten ins Ausland eine genaue Kenntnis der tatsächlichen Abwanderungsdaten voraussetzen. Der RH empfahl daher neuerlich, eine verstärkte Zusammenarbeit mit ausländischen ärztlichen Interessenvertretungen.

Ärzteausbildung in Deutschland und der Schweiz

- 7** (1) Anders als in Österreich waren Studienabgänger des Medizinstudiums in Deutschland mit Abschluss des Studiums zur selbstständigen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit berechtigt (sogenannte „Privatärzte“). Jedoch absolvierten fast alle Studienabgänger nach dem Staatsexamen die Facharztausbildung.

(2) In Deutschland und in der Schweiz gab es – anders als in Österreich (Arzt für Allgemeinmedizin) – einen Facharzt für Allgemeinmedizin (Deutschland) bzw. einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Schweiz). Die Ausbildung betrug in beiden Ländern fünf Jahre:

³⁰ Diese verfügen nach Angaben der deutschen Bundesärztekammer, die von den Landesärztekammern nur die aggregierten Daten erhält, über detaillierte Zuwanderungsdaten.

- Die Ausbildung in Deutschland umfasste 36 Monate in der stationären Basisausbildung auf dem Gebiet der Inneren Medizin; davon konnten bis zu 18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung auch im ambulanten Bereich angerechnet werden. Die restlichen 24 Monate der Ausbildung waren in der ambulanten hausärztlichen Versorgung zu absolvieren.
- In der Schweiz ermöglichte die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin zwei berufliche Ausrichtungen, nämlich die Laufbahn in der Hausarztpraxis oder im Spital. Die modular aufgebaute fünfjährige Ausbildung beinhaltete eine dreijährige Basisausbildung (davon verpflichtend ein halbes Jahr ambulante Allgemeine Innere Medizin, vorzugsweise in einer Praxisassistenz) und eine zweijährige Aufbauausbildung.

Mit dem Abschluss der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin konnte gleichzeitig auch der Ausbildungstitel „Praktischer Arzt“ erworben werden. Dieser war primär für Ärzte aus den EU-Mitgliedstaaten vorgesehen, die gemäß der Berufsanerkennungsrichtlinie³¹ die Ausbildung in Allgemeinmedizin absolviert hatten und in der Schweiz tätig werden wollten.

(3) Auch die Struktur der Facharztausbildung für Innere Medizin war in Deutschland und in der Schweiz ähnlich und dauerte grundsätzlich sechs Jahre. Anders als in Deutschland (und auch in Österreich – siehe TZ 22) gab es in der Schweiz keine Ausbildung zum „normalen“ Facharzt für Innere Medizin (diese Ausbildung dauerte in Deutschland nur fünf Jahre). Stattdessen war großteils in Anlehnung an das EU-Recht³² eine Ausbildung zum Facharzt in den verschiedenen Disziplinen der Inneren Medizin möglich.³³

In beiden Ländern teilte sich die fachärztliche Ausbildung für Innere Medizin in eine dreijährige (Deutschland) bzw. zwei- bis dreijährige (Schweiz) für alle gleiche Grundausbildung und eine anschließende Spezialisierung auf.

³¹ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 vom 30. September 2005 i.d.g.F.

³² Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 vom 30. September 2005 i.d.g.F.

³³ z.B. Allergologie und klinische Immunologie, Angiologie, Endokrinologie/Diabetologie, Gastroenterologie inklusive Schwerpunkt Hepatologie, Hämatologie

(4) Die Facharztausbildung für Innere Medizin war in Grundstruktur und Länge der in Österreich im Rahmen der Ärzteausbildung NEU geplanten Ausbildung ähnlich.³⁴

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Ausbildungsstätten
und Ausbildungs-
stellen

Anerkennung der Ausbildungsstätten durch die ÖÄK

- 8.1** (1) Die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt in einem Sonderfach erfolgte an von der ÖÄK³⁵ dafür nach Kriterien des ÄrzteG 1998³⁶ anerkannten Ausbildungsstätten. Für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin waren dies zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Krankenanstalten³⁷ als solche. Diese mussten grundsätzlich in allen relevanten Gebieten über Abteilungen³⁸ verfügen. Ausgenommen davon waren bestimmte Fachgebiete³⁹, sofern auf diesen Gebieten eine praktische Ausbildung durch Konsiliarärzte⁴⁰, die eine zumindest einjährige Tätigkeit als freiberuflich tätiger Facharzt nachweisen können, im Rahmen der Krankenanstalt⁴¹ gewährleistet war.

Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Facharzt in einem Sonderfach waren von der ÖÄK anerkannte Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten⁴² von Krankenanstalten.

³⁴ neunmonatige Basisausbildung, Sonderfach-Grundausbildung, Sonderfach-Schwerpunktausbildung

³⁵ Diese Aufgabe war früher vom BMG selbst wahrgenommen worden, wurde aber mit der 5. Ärztegesetz-Novelle BGBl. I Nr. 140/2003 der ÖÄK übertragen.

³⁶ vergleiche §§ 9 Abs. 2 und 10 Abs. 2 ÄrzteG 1998

³⁷ einschließlich Universitätskliniken und Klinischer Institute sowie sonstige Organisationseinheiten einschließlich allfälliger Untereinheiten von Medizinischen Universitäten

³⁸ auch mehrere Abteilungen im Sinne eines Departments oder auch Teile von Abteilungen wie z.B. Stationen

³⁹ Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Neurologie oder Psychiatrie

⁴⁰ § 2a Abs. 1 lit. a des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957

⁴¹ oder, unter Aufrechterhaltung des Arbeitsverhältnisses zur Krankenanstalt, im Rahmen von anerkannten fachärztlichen Lehrpraxen oder Lehrgruppenpraxen

⁴² einschließlich Universitätskliniken und Klinischer Institute sowie sonstige Organisationseinheiten einschließlich allfälliger Untereinheiten von Medizinischen Universitäten; wichtigstes Kriterium für eine „Organisationseinheit“ im Sinne des Gesetzes war laut UVS Wien vom 1. April 2005 (UVS-MIX/27/5987/2004/12) eine gewisse organisatorische Eigenständigkeit, weshalb darunter bspw. auch Stationen einer Abteilung fallen konnten; Birner, Ärzteausbildung, 2010, S. 18f.

Bis zu maximal zwölf Monate der Ausbildung sowohl zum Arzt für Allgemeinmedizin⁴³ als auch zum Facharzt in einem Sonderfach⁴⁴ konnten auch in Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen niedergelassener Ärzte sowie in Lehrambulatorien absolviert werden. Dies war jedoch nicht zwingend erforderlich.

Die von der ÖÄK auf Antrag der Rechtsträger der Krankenanstalten per Bescheid erteilten Anerkennungen der Ausbildungsstätten galten unbefristet. Verpflichtende Evaluierungen waren nicht vorgesehen. Im Übrigen hatte die ÖÄK seit rund fünf Jahren auch keine externen Kontrollen der Ärzteausbildung vor Ort an den Ausbildungsstätten in Form von Visitationen durchgeführt (siehe TZ 43).

(2) Die Ärzteausbildung NEU sah auch zahlreiche Änderungen der Regelungen über die Ausbildungsstätten und deren Anerkennung durch die ÖÄK vor, insbesondere folgende Änderungen:

- Für die neunmonatige Basisausbildung, die in Zukunft grundsätzlich alle Ärzte in Ausbildung zu absolvieren haben, bevor sie sich für die Allgemeinmedizin oder ein Sonderfach entscheiden, war für alle allgemeinen Krankenanstalten gemäß § 2a KAKuG eine ex-lege Anerkennung als Ausbildungsstätte vorgesehen.
- Für die an die neunmonatige Basisausbildung anschließende Ausbildung sollen auch für die allgemeinmedizinische Ausbildung nur mehr einzelne Fachabteilungen oder sonstige Organisationseinheiten als Ausbildungsstätten anerkannt werden (und nicht mehr Krankenanstalten als solche).
- Die Möglichkeit, fehlende Fachabteilungen durch Konsiliarärzte zu kompensieren, wurde umfassender geregelt (TZ 38).⁴⁵

⁴³ Die sechsmonatige Ausbildung im Ausbildungsfach Allgemeinmedizin war in Einrichtungen, die der medizinischen Erstversorgung dienen, zu absolvieren, worunter neben geeigneten Ambulanzen in als Ausbildungsstätte anerkannten Krankenanstalten auch für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannte Lehrpraxen freiberuflich tätiger Ärzte für Allgemeinmedizin, Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien zählten (§ 7 Abs. 4 ÄrzteG 1998).

⁴⁴ Soweit es mit der Erreichung des Ausbildungszieles vereinbar war, konnte ein Teil der Facharztausbildung, insgesamt bis zur Höchstdauer von zwölf Monaten, in anerkannten Lehrpraxen freiberuflich tätiger Fachärzte, in für die Ausbildung zum Facharzt anerkannten Lehrgruppenpraxen oder anerkannten Lehrambulatorien absolviert werden (§ 8 Abs. 2 ÄrzteG 1998).

⁴⁵ zum Beispiel Anerkennung durch die ÖÄK, mindestens 30 Wochenstunden zu leisten, sinngemäße Anwendung der Qualitätserfordernisse

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

- Für die Anerkennung waren nunmehr zusätzliche Voraussetzungen zu erfüllen, wie ein diplomierter Pflegedienst, der die Durchführung der mitverantwortlichen Tätigkeiten gewährleistet, oder die Vorlage eines schriftlichen Ausbildungskonzepts (TZ 26 und 30 bis 37).
- Anerkannte Ausbildungsstätten mussten in Zukunft alle sieben Jahre einen verpflichtenden Antrag auf Wieder-Anerkennung stellen.
- Ein Teil der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin war künftig verpflichtend in einer anerkannten Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis oder einem Lehrambulatorium zu absolvieren.

(3) Für die Basisausbildung waren keine Qualitätssicherungsvorgaben vorgesehen (wie bspw. ein Logbuch und ein Ausbildungskonzept); der RH regte solche im Rahmen des Begutachtungsverfahrens an (TZ 25, 26). Aus seiner Sicht war eine gute, umfassende und qualitätsgesicherte Basisausbildung insofern von besonderer Bedeutung, als diese neun Monate die Grundlage für die Entscheidung für den weiteren Berufsweg (Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt) bilden werden. Die Hinweise des RH blieben im Gesetzgebungsprozess unberücksichtigt.

Hinsichtlich der nunmehr verpflichtend zu absolvierenden Lehrpraxis verwies der RH in seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf auf die fehlenden Angaben über die Kosten der Lehrpraxis und deren Finanzierung. Auch die ÄrzteG-Novelle enthielt letztlich keine Kostenabschätzung, sah aber eine Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes vor, die mit der Sicherstellung der Finanzierung der Ausbildung in Lehrpraxen in Zusammenhang stand.⁴⁶

8.2 Der RH kritisierte, dass bis zur Novellierung des ÄrzteG 1998 im Jahr 2014 die Anerkennungen der Ausbildungsstätten über Jahrzehnte hinweg gültig blieben, ohne je evaluiert worden zu sein. Vor diesem Hintergrund sah er die nunmehrige Befristung positiv, die eine regelmäßige Überprüfung des Vorliegens der Anerkennungsvoraussetzungen nach sich zog.

⁴⁶ Danach war zukünftig eine verbindliche gesamtvertragliche Regelung über den Einsatz von Turnusärzten in Lehrpraxen mit der Ärztekammer abzuschließen. Aus organisatorischen Gründen sollten der Hauptverband und die Krankenversicherungsträger darüber hinaus berechtigt werden, mit Turnusärzten, die in einer Lehrpraxis oder Lehrgruppenpraxis tätig sein werden, befristete Dienstverhältnisse einzugehen und, um die entsprechende Finanzierung sicherzustellen, eine juristische Person zu errichten oder zu gründen bzw. sich an einer solchen zu beteiligen.

Der RH hielt jedoch fest, dass auch in der letztlich beschlossenen Novelle zum ÄrzteG 1998 Qualitätssicherungsvorgaben für die Basisausbildung und eine Kostenschätzung für die Finanzierung der Lehrpraxen fehlten. Seine grundlegenden Bedenken, die er bereits im Begutachtungsverfahren vorgebracht hatte, hielt er daher aufrecht.

Ausbildungsstellen an den Ausbildungsstätten

- 9.1 (1) Als Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannte Krankenanstalten waren – mit Ausnahme von Universitätskliniken – dazu verpflichtet, auf je 15 systematisierte Betten⁴⁷ mindestens einen TÄ/A zu beschäftigen (§ 196 ÄrzteG 1998, „Bettenschlüssel“). Damit stand angehenden Ärzten für Allgemeinmedizin ein bestimmtes Mindestkontingent an Ausbildungsstellen zur Verfügung,⁴⁸ wodurch diesen – im Vergleich zu angehenden Fachärzten – eine bessere Startposition verschafft und damit ein Anreiz zur Ergreifung dieses Berufs gegeben werden sollte.⁴⁹

Die Anzahl der Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Facharzt war nach oben hin begrenzt. Die ÖÄK hatte im Rahmen der Anerkennung der entsprechenden Ausbildungsstätte auch die Zahl der Ausbildungsstellen festzulegen, die wegen des Ausbildungserfolges nicht überschritten werden durften. Für Universitätskliniken war die Anzahl der Ausbildungsstellen gemäß § 10 Abs. 3 ÄrzteG 1998 mit der Anzahl der an der Ausbildungsstätte beschäftigten Fachärzte begrenzt (sogenannte 1:1 Regelung), weshalb die Anzahl aller zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Fachärzte zweimal jährlich der ÖÄK zu melden waren.

- (2) Die Ärzteausbildung NEU sah auch einige Änderungen der Regelungen über die Ausbildungsstellen vor:

⁴⁷ Mehrere Krankenanstalten desselben Rechtsträgers galten für diese Berechnung als Einheit.

⁴⁸ Ein unmittelbarer Anspruch auf eine Ausbildungsstelle bestand jedoch nicht, weil das ÄrzteG 1998 diesbezüglich keine Regelungen traf, sondern die Frage nach der Zuweisung offen ließ. Vergleiche Schrammel, Rechtsprobleme des Turnusarztverhältnisses, ZAS 1982, 203.

⁴⁹ Schrammel, Rechtsprobleme des Turnusarztverhältnisses, ZAS 1982, 203. Begründet wurde dies damit, dass eine ausgewogene Relation der Anzahl der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Anzahl der Fachärzte Bedingung für eine optimale gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung sei. Vergleiche die Erläuterungen zur Regierungsvorlage der ÄrzteG-Novelle 1975, 1587 Beil NR XIII. GP.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

- Nunmehr war auch bei der Anerkennung von Ausbildungsstätten (z.B. Abteilungen) für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin die maximale Zahl der Ausbildungsstellen für die Ausbildung im jeweiligen Fachgebiet festzusetzen. Sie war mit der Anzahl der dort beschäftigten Fachärzte beschränkt.
- Für Universitätskliniken galt bezüglich der Ausbildungsstellen keine Ausnahme mehr. Auch hier war bspw. im Rahmen der Anerkennung als Ausbildungsstätte für ein Sonderfach die Zahl der Ausbildungsstellen für die Sonderfach-Grundausbildung sowie die Sonderfach-Schwerpunktausbildung festzulegen.
- Im Gegensatz zum Begutachtungsentwurf sah die ÄrzteG-Novelle den „Bettenschlüssel“ nicht mehr vor. Stattdessen waren alle Träger von fondsfinanzierten Krankenanstalten zukünftig verpflichtet, ihrem Leistungsspektrum entsprechend, eine für den künftigen Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin ausreichende Anzahl an Ausbildungsstellen sicherzustellen.

Hinsichtlich der Beurteilung des Bedarfs war auf die Beratungsergebnisse der Kommission für die ärztliche Ausbildung⁵⁰ zurückzugreifen. Konkrete Vorgaben für die Bedarfsanalyse bzw. -berechnung waren in der ÄrzteG-Novelle nicht vorgesehen.

- 9.2** Aus Sicht des RH war für eine möglichst gute Ausbildungsqualität sowie für ein optimales Betreuungsverhältnis zwischen Auszubildenden und Auszubildenden die Festlegung der konkreten Anzahl an Ausbildungsstellen sowohl für TÄ/A als auch TÄ/F an allen Ausbildungsstätten – auch den Universitätskliniken – zweckmäßig.

Der RH sah allerdings kritisch, dass der konkrete quantitative Bedarf an (Turnus)Ärzten bisher vom Gesetzgeber unberücksichtigt geblieben war und beurteilte das Abgehen von der Vorschreibung eines starren Mindestkontingents von Ausbildungsstellen im Bereich der Allgemeinmedizin durch die Novelle zum ÄrzteG 1998 positiv.

Vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Bedeutung der Ärzteausbildung für die Versorgungssicherheit in Österreich hielt der RH jedoch kritisch fest, dass keine Kennzahlen zum Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin vorlagen und auch konkrete Vorgaben dafür fehlten, wer diese auf welche Weise erheben sollte. In diesem Zusammenhang verwies der RH auch auf seine Hinweise im Rahmen des Begut-

⁵⁰ vergleiche Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 199/2013

achtungsverfahrens, wonach mangels entsprechender Darlegungen für ihn nicht nachvollziehbar war, warum gerade die im Entwurf enthaltenen Maßnahmen eine moderne und bedarfsgerechte Ärzteausbildung auch vor dem Hintergrund der Etablierung eines – im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 vorgesehenen – Primary Health Care Modells sicherstellen konnten (siehe TZ 3).

Hinsichtlich der Feststellung des Bedarfs an Ärzten für Allgemeinmedizin empfahl der RH dem BMG daher im Interesse der nachhaltigen Versorgungssicherheit, raschest möglich konkrete Vorgaben zu erlassen und auf die Entwicklung geeigneter Kennzahlen hinzuwirken.

9.3 *Laut Stellungnahme des BMG seien der künftige Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin bereits seit Beginn der Reformvorhaben berücksichtigt und entsprechende Kennzahlen entwickelt worden. Diese beruhten u.a. auf Bedarfsschätzungen zu Nachbesetzungen von Kassenverträgen und zur allgemeinärztlichen Versorgung im intramuralen Bereich. Nach einer vom BMG übermittelten Tabelle (mit Daten für die einzelnen Länder und Österreich gesamt) sei bundesweit jährlich ein Nachwuchs von durchschnittlich 466 Allgemeinmedizinerinnen erforderlich, um den Abgang durch Pensionierungen etc. auszugleichen und die Gesamtzahl an Allgemeinmedizinerinnen konstant zu halten.*

9.4 Der RH entgegnete dem BMG, dass aus der übermittelten Aufstellung nicht erkennbar war, wieviele Ausbildungsstellen durch die jeweiligen Krankenanstaltenträger zur Verfügung zu stellen waren, um den Bedarf an Allgemeinmedizinerinnen abzudecken; das BMG ging auch nicht auf die vom RH empfohlenen Kennzahlen ein. Der RH stellte klar, dass im Sinne der Rechtssicherheit und Transparenz sowie zur nachhaltigen Sicherstellung einer adäquaten Patientenversorgung eindeutige Festlegungen unabdingbar waren. Nur dadurch war es den Krankenanstaltenträgern möglich, den in § 196 ÄrzteG 1998 normierten Auftrag zu erfüllen. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung, raschest möglich konkrete Vorgaben zu erlassen und auf die Entwicklung geeigneter Kennzahlen hinzuwirken. Diese wären auch transparent und nachvollziehbar darzustellen.

Weiters wies der RH auf die Ansicht des Landes Niederösterreich hin, wonach die Bedarfsplanung im Rahmen der Art. 44-Kommission erfolge, in welcher das Land vertreten sei. Die erforderlichen Ausbildungsstellen für Allgemeinmediziner würden von den niederösterreichischen Landeskliniken zur Verfügung gestellt werden. Die Anzahl an Interessenten bzw. Bewerbern für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin – so die Stellungnahme des Landes Niederösterreich – werde abzuwarten sein.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Besetzungsverfahren bei Turnusarztstellen

- 10** Die Besetzung von Turnusarztstellen für TÄ/A und TÄ/F gestaltete sich in den überprüften Krankenanstalten wie folgt:

Stellenbesetzung – Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung

Mit Ausnahme des AKH Wien bildeten alle überprüften Krankenanstalten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung auch TÄ/A aus. Sowohl dem LKH Innsbruck als auch den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten wurden TÄ/A von einer zentralen Stelle des jeweiligen Dienstgebers (TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK) als Vertreterin des Landes Tirol, Land Niederösterreich) zugewiesen; in Tirol war dies das Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK (AZW, TZ 21), in Niederösterreich die Abteilung Personalangelegenheiten B des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung.

Stellenbesetzung – Turnusärzte in Facharztausbildung

Alle überprüften Krankenanstalten bildeten auch Fachärzte aus. Die TÄ/F im AKH Wien waren bei der MedUni Wien beschäftigt; die im LKH Innsbruck tätigen TÄ/F waren teilweise bei der TILAK und teilweise bei der Medizinischen Universität Innsbruck (MedUni Innsbruck) angestellt (jeweils rd. 50 %). Dienstgeber aller in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten beschäftigten TÄ/F war das Land Niederösterreich.

Im Unterschied zu den TÄ/A erfolgte die Besetzung der TÄ/F-Stellen in der Regel über ein konkretes stellenbezogenes Ausschreibungs- und Auswahlverfahren durch den jeweiligen Dienstgeber unter maßgeblicher Einbindung der betroffenen Ärztlichen Leiter bzw. der Klinik-/Abteilungsleiter.

Besetzungssituation in den überprüften Krankenanstalten

Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung

- 11.1** (1) Das AKH Wien bildete, wie erwähnt, zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine TÄ/A aus. Die Besetzungssituation in den anderen drei überprüften Krankenanstalten stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 3: Besetzung TÄ/A – Entwicklung 2011 bis 2014¹

Krankenhäuser		2011	2012	2013	2014	Entwicklung
		in VZÄ				in %
LKH Innsbruck	TÄ/A IST	43,3	49,0	56,5	50,5	+ 16,6
	TÄ/A SOLL ²	–	–	–	–	–
LK St. Pölten/Lilienfeld						
Standort St. Pölten	TÄ/A IST	85,5	84,9	86,3	84,8	– 0,8
	TÄ/A SOLL ³	71,9	72,1	72,2	72,2	
Standort Lilienfeld	TÄ/A IST	11,0	11,0	7,6	5,6	– 49,1
	TÄ/A SOLL ³	11,5	11,5	11,5	11,5	
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl						
Standort Gmünd	TÄ/A IST	16,0	12,0	10,0	7,0	– 56,3
	TÄ/A SOLL ³	12,3	12,3	12,3	12,3	
Standort Waidhofen	TÄ/A IST	9,0	6,0	6,5	4,0	– 55,6
	TÄ/A SOLL ³	15,0	15,0	15,0	15,0	
Standort Zwettl	TÄ/A IST	15,5	18,0	16,3	12,4	– 20,0
	TÄ/A SOLL ³	16,7	16,1	16,1	16,1	

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² Bettenschlüssel galt nicht für Universitätskliniken (§ 196 ÄrzteG 1998)

³ gemäß Bettenschlüssel, § 196 ÄrzteG 1998 legte nicht fest, ob Köpfe oder VZÄ gemeint waren.

Quellen: jeweilige Krankenhäuser

LKH Innsbruck

Am LKH Innsbruck gab es im Vergleich zu 2011 (43,3 VZÄ) zum 30. Juni 2014 insgesamt 50,5 VZÄ (54 Köpfe) TÄ/A; der Bettenschlüssel galt hier nicht, weil das LKH Innsbruck ein Universitätsklinikum war. Die Wartezeit auf einen Ausbildungsplatz betrug zur Zeit der Gebärungsüberprüfung zwischen zwei und neun Monaten.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Am Standort St. Pölten war die Anzahl an TÄ/A seit 2011 mit rd. 85 VZÄ nahezu unverändert (86 Köpfe). Unter Anwendung des Bettenschlüssels, der allerdings rechtsträgerweit anzuwenden war, wären 72 TÄ/A einzustellen gewesen. Die Wartezeit auf eine Turnusarztstelle lag in der Regel unter drei Monaten.

Im Gegensatz dazu war die Anzahl der TÄ/A am Standort Lilienfeld seit dem Jahr 2013 stark rückläufig. Während 2011 und 2012 noch elf TÄ/A ihre Ausbildung absolvierten, waren es zum 30. Juni 2014 nur mehr 5,6 VZÄ (sechs Köpfe). Der Bettenschlüssel hätte elf TÄ/A vorgesehen.

Auch an allen drei Standorten des LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl war die Anzahl der TÄ/A in den letzten Jahren stark rückläufig; der stärkste Rückgang war in Gmünd feststellbar (2011: 16 VZÄ/Köpfe, 30. Juni 2014: sieben VZÄ/Köpfe). An keinem dieser Standorte konnte die unter Heranziehung des Bettenschlüssels sich ergebende Anzahl an TÄ/A erfüllt werden.

Die NÖ Landeskliniken– Holding bzw. die vier betroffenen Standorte versuchten, diesem Mangel an TÄ/A mit einer Reihe von Maßnahmen zu begegnen. So gab es bspw. Informationsveranstaltungen und Unterstützungen für Maturanten^{51, 52}, Informationsveranstaltungen für Studienabsolventen, Motivationsschreiben an die Bürgermeister des Bezirks betreffend Turnusärzterekrutierung sowie die MedSummer-School⁵³ für Jungmediziner im letzten Ausbildungsstadium. Mit dem Studienjahr 2014/2015 wurde im Rahmen des Studiums der Humanmedizin an der MedUni Wien das Klinisch–Praktische Jahr⁵⁴ eingeführt. Auch die Standorte Lilienfeld, Gmünd, Waidhofen und Zwettl ließen sich als Lehrkrankenhäuser akkreditieren und sahen dies als weitere Chance, zusätzliche TÄ/A zu gewinnen.

⁵¹ Pro AHS–Standort; Internet Initiative „Niederösterreich studiert Medizin“: „Heuer Matura – in wenigen Jahren Arzt/Ärztin“; jährliche Informationsveranstaltungen der NÖ Landeskliniken– Holding

⁵² Beispielsweise: Der in St. Pölten angebotene zehntägige Vorbereitungskurs zum Aufnahmetest „MedAT–Humanmedizin“, inklusive Testsimulation, wurde vom Land Niederösterreich über die NÖ Landeskliniken– Holding mit einem 50%igen Kurskostenbeitrag gefördert. Erfolgreichen Bewerbern wurden zusätzlich die Prüfungskosten zur Gänze refundiert.

⁵³ zweitägiger Workshop, in dem Studierende ihr Können und Wissen trainieren und erweitern können sowie Einblick in die Führung und Ausstattung des Standorts Zwettl erhalten

⁵⁴ Das sechste Jahr des Medizinstudiums wird nunmehr in einer Krankenanstalt zu absolvieren sein.

Studierende der Humanmedizin der MedUni Wien absolvieren nunmehr im sechsten Studienjahr eine klinisch-praktische Ausbildung, bevor sie ihr Studium abschließen. Diese Ausbildung findet u.a. an akkreditierten Lehrkrankenhäusern statt und umfasst 48 Wochen. Jene Studierende, die ihr Klinisch-Praktisches Jahr in einem Lehrkrankenhaus der NÖ Landeskliniken-Holding absolvierten, erhielten monatlich 650 EUR; demgegenüber bekamen jene Studierende, die in Lehrkrankenhäusern des KAV oder der TILAK⁵⁵ tätig waren, zur Zeit der Gebarungsüberprüfung kein Entgelt.

(2) In seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf zur ÄrzteG-Novelle wies der RH darauf hin, dass die angestrebte Verbesserung der Qualität der allgemeinmedizinischen Ausbildung allein durch die vorgesehene stufenweise Verlängerung von derzeit mindestens 36 Monaten auf langfristig mindestens 48 Monate für ihn nicht nachvollziehbar war. Dies insbesondere deshalb, weil die konkrete Ausgestaltung der Inhalte dieser allgemeinmedizinischen Ausbildung nicht im Entwurf selbst, sondern erst in der Verordnung des BMG erfolgen soll.

Darüber hinaus stellte sich mangels Kenntnis der in der längeren Ausbildungszeit zu vermittelnden Ausbildungsinhalte die Frage, ob allein die Verlängerung der Ausbildung um letztlich ein Jahr die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin nicht sogar weniger attraktiv machen und den Fachbereich Allgemeinmedizin dadurch schwächen könnte. Die Erläuterungen wurden in weiterer Folge nicht entsprechend ergänzt (siehe TZ 3).

- 11.2** Der RH hielt fest, dass die Materialien zur Novelle des ÄrzteG 1998 umfassende und aussagekräftige Erläuterungen betreffend die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung bzw. ihre möglichen Konsequenzen vermissen ließen (TZ 3); der RH hielt daher alle seine im Begutachtungsverfahren diesbezüglich geäußerten Bedenken aufrecht.

Während insbesondere am LKH Innsbruck noch Wartezeiten für TÄ/A bestanden, war an den Standorten Lilienfeld, Gmünd, Waidhofen und Zwettl bereits ein deutlicher TÄ/A-Mangel erkennbar.

Im Hinblick auf die neue Rechtslage empfahl der RH der TILAK und dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken-Holding, entsprechend den dafür noch zu erlassenden Vorgaben bzw. zu erstellenden Kennzahlen (TZ 9) für eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für TÄ/A in ihren Krankenanstalten zu sorgen.

⁵⁵ Auch an der MedUni Innsbruck gab es ein Klinisch-Praktisches Jahr.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Die Anstrengungen der NÖ Landeskliniken–Holding bzw. der betroffenen Standorte, TÄ/A zu gewinnen, wertete der RH positiv.

- 11.3** *Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich erfolge die Bedarfsplanung im Rahmen der Art. 44-Kommission, in welcher das Land vertreten sei. Die erforderlichen Ausbildungsstellen für Allgemeinmediziner würden von den niederösterreichischen Landeskliniken zur Verfügung gestellt werden. Die Anzahl an Interessenten bzw. Bewerbern für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin werde abzuwarten sein.*

Turnusärzte in Facharztausbildung – AKH Wien

- 12** Im AKH Wien stellte sich die Besetzungssituation bei den TÄ/F insgesamt betrachtet und bezogen auf den schwerpunktmäßig überprüften Fachbereich Innere Medizin (TZ 1) wie folgt dar:

Tabelle 4: AKH Wien, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014 ¹					
	2011	2012	2013	2014	Entwicklung
	in VZÄ				in %
Fachärzte gesamt	878,4	879,6	884,5	882,9	+ 0,5
TÄ/F gesamt	570,3	541,1	527,2	543,4	- 4,7
Fachärzte KIM I – III ²	174,1	170,7	162,2	164,6	- 5,5
TÄ/F KIM I – III	82,3	79,7	79,4	89,8	+ 9,1

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² KIM = Klinik für Innere Medizin

Quelle: MedUni Wien

Die Gesamtzahl der am AKH Wien tätigen Fachärzte stieg im Prüfungszeitraum leicht an; demgegenüber war die Anzahl der TÄ/F rückläufig (2011: 570,3 VZÄ, 2014: 543,4 VZÄ). Der Rückgang bei den TÄ/F war nach Angaben der MedUni Wien auf ein Personaleinsparungsprogramm zurückzuführen.

In den Kliniken für Innere Medizin (KIM) I bis III reduzierte sich der Fachärztestand von 174,1 VZÄ (2011) auf 164,6 VZÄ (2014); die Anzahl der TÄ/F stieg auf 89,8 VZÄ (2014) an.

Die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im ÄrzteG 1998 normierte 1:1 Regelung zwischen Fachärzten und TÄ/F (TZ 9) wurde durchgehend eingehalten.⁵⁶

⁵⁶ Das neue ÄrzteG sieht auch für Universitätskliniken eine Festlegung der Anzahl der Ausbildungsstellen vor.

Turnusärzte in Facharztausbildung – LKH Innsbruck

- 13.1** Die Fachärzte und die TÄ/F am LKH Innsbruck waren wie erwähnt entweder Bedienstete des Landes Tirol (vertreten durch die TILAK) oder der MedUni Innsbruck:

Tabelle 5: LKH Innsbruck, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014¹

	2011	2012	2013	2014	Entwicklung
	in VZÄ				in %
Fachärzte gesamt	537,2	540,8	560,4	539,8	+ 0,5
<i>davon MedUni Innsbruck</i>	<i>258,2</i>	<i>259,7</i>	<i>256,6</i>	<i>252,7</i>	<i>- 2,1</i>
TÄ/F gesamt	412,6	416,7	410,5	414,0	+ 0,3
<i>davon MedUni Innsbruck</i>	<i>199,3</i>	<i>193,7</i>	<i>200,3</i>	<i>210,4</i>	<i>+ 5,6</i>
Fachärzte IM ² I – VI	65,4	73,0	74,2	68,8	+ 5,2
<i>davon MedUni Innsbruck</i>	<i>37,9</i>	<i>40,1</i>	<i>42,1</i>	<i>36,9</i>	<i>- 2,6</i>
TÄ/F IM ² I – VI	51,9	47,4	45,8	48,8	- 6,1
<i>davon MedUni Innsbruck</i>	<i>23,3</i>	<i>22,6</i>	<i>26,1</i>	<i>27,1</i>	<i>+ 16,3</i>

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² IM = Innere Medizin

Quellen: LKH Innsbruck; MedUni Innsbruck

Am LKH Innsbruck veränderte sich sowohl die Anzahl der Fachärzte als auch der TÄ/F zwischen 2011 und 2014 nur geringfügig.

An den sechs Universitätskliniken für Innere Medizin war in diesem Zeitraum eine Steigerung bei den Fachärzten um rd. 5 %, jedoch ein Rückgang an TÄ/F um rd. 6 % zu verzeichnen, was u.a. auf die Umwandlung von Ausbildungsstellen in Facharztstellen im Zuge einer vertieften Facharztausbildung zurückzuführen war (Ausbildung in einem Additivfach).

- 13.2** Der RH hielt fest, dass die Verteilung zwischen MedUni Innsbruck- und TILAK-TÄ/F am LKH Innsbruck nahezu ausgeglichen war. Auch hier wurde die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im ÄrzteG 1998 noch normierte 1:1 Regelung zwischen Fachärzten und TÄ/F eingehalten. Im Vergleich zum AKH Wien bildete das LKH Innsbruck im Verhältnis zu den dort tätigen Fachärzten mehr TÄ/F aus.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Turnusärzte in Facharztausbildung – LK St. Pölten/Lilienfeld,
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

- 14.1** Im Unterschied zur Situation in den Universitätskliniken, in denen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die sogenannte 1:1-Regel galt, hatte die ÖÄK für die anderen überprüften Krankenanstalten die Anzahl der Ausbildungsstellen ausdrücklich festzulegen; diese waren von den Ausbildungsstätten zu beantragen und stellten Maximalwerte dar. Für den Fall, dass nicht alle Ausbildungsinhalte vermittelt werden konnten, wurde eine Teilanerkennung ausgesprochen.

(1) Im LK St. Pölten/Lilienfeld war bei den TÄ/F im Zeitraum 2011 bis 2014 folgende Entwicklung erkennbar:

Tabelle 6: LK St. Pölten/Lilienfeld, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014¹					
	2011	2012	2013	2014	Entwicklung
	in VZÄ				in %
Standort St. Pölten					
Fachärzte gesamt	245,8	257,9	262,6	258,5	+ 5,2
TÄ/F gesamt	118,0	122,0	135,6	139,7	+ 18,4
Ausbildungsstellen laut ÖÄK (Anzahl)	139 ³	139 ³	147 ³	148 ³	+ 6,5
Fachärzte Med.Abt. ² 1 bis 3	50,3	57,0	55,6	55,3	+ 9,9
TÄ/F Med.Abt. ² 1 bis 3	20,0	16,0	17,9	20,9	+ 4,5
Ausbildungsstellen laut ÖÄK (Anzahl)	22 ⁴	22 ⁴	24 ⁴	24 ⁴	+ 9,1
Standort Lilienfeld					
Fachärzte gesamt	26,0	23,6	27,0	24,8	- 4,6
TÄ/F gesamt	5,9	7,9	10,0	9,9	+ 67,8
Ausbildungsstellen laut ÖÄK (Anzahl)	8 ⁵	10 ⁵	10 ⁵	10 ⁵	+ 25,0
Fachärzte Innere Medizin	6,0	5,8	7,5	6,3	+ 5,0
TÄ/F Innere Medizin	1,9	2,9	3,0	3,0	+ 57,9
Ausbildungsstellen laut ÖÄK (Anzahl)	3	3	3	3	-

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² Medizinische Abteilungen

³ davon 14 (2011 und 2012) bzw. 16 (2013 und 2014) teilanerkant

⁴ davon 12 (2011 und 2012) bzw. 14 (2013 und 2014) teilanerkant

⁵ davon zwei (2011) bzw. drei teilanerkant

Quellen: jeweilige Krankenanstalten

Am Standort St. Pölten erhöhte sich die Gesamtzahl der Fachärzte seit 2011 um rd. 5 % auf rd. 259 VZÄ; die Anzahl der TÄ/F stieg um 18,4 % auf rd. 140 VZÄ. In den Abteilungen für Innere Medizin blieb die Anzahl der TÄ/F mit rd. 20 VZÄ relativ konstant.

In Lilienfeld sank die Anzahl der Fachärzte zwischen 2011 und 2014 um rd. 5 % auf rd. 25 VZÄ; die Zahl der TÄ/F erhöhte sich demgegenüber um 67,8 % von 5,9 VZÄ auf 9,9 VZÄ. In der Inneren Medizin stieg die Anzahl der TÄ/F von 1,9 VZÄ auf 3 VZÄ.

(2) Im LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl war folgende Entwicklung festzustellen:

Tabelle 7: LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – Entwicklung 2011 bis 2014¹					
	2011	2012	2013	2014	Entwicklung
	in VZÄ				in %
Standort Gmünd					
Fachärzte gesamt	18,0	19,7	19,6	19,6	+ 8,9
TÄ/F gesamt	6,5	6,0	7,0	8,0	+ 23,1
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	9 ²	9 ²	9 ²	9 ²	–
Fachärzte Innere Medizin	4,0	5,5	5,0	5,0	+ 25,0
TÄ/F Innere Medizin	3,0	3,0	3,0	3,0	–
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	3	3	3	3	–
Standort Waidhofen					
Fachärzte gesamt	40,6	43,7	46,9	47,9	+ 18,0
TÄ/F gesamt	17,0	15,5	17,0	16,0	– 5,9
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	19 ³	20 ³	20 ³	20 ³	+ 5,3
Fachärzte Innere Medizin	10,0	8,0	9,0	9,0	– 10,0
TÄ/F Innere Medizin	5,0	4,5	6,0	6,0	+ 20,0
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	5 ⁴	6 ⁴	6 ⁴	6 ⁴	+ 20,0
Standort Zwettl					
Fachärzte gesamt	44,2	50,0	51,8	52,7	+ 19,2
TÄ/F gesamt	19,0	21,0	22,5	23,8	+ 25,3
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	19 ⁵	20 ⁵	23 ⁵	24 ⁵	+ 26,3
Fachärzte Innere Medizin	6,0	8,5	7,5	7,5	+ 25,0
TÄ/F Innere Medizin	5,0	5,0	6,0	6,0 ⁶	+ 20,0
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	5	5	6	6	+ 20,0

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² davon zwei teilanerkannt

³ davon neun teilanerkannt (2011) bzw. zehn teilanerkannt

⁴ teilanerkannt

⁵ davon vier teilanerkannt (2011 und 2012), fünf teilanerkannt (2013 und 2014)

⁶ Nicht angeführt wurde hier jener TÄ/F, der zwar noch in der Stammabteilung geführt wurde, sein Hauptfach Innere Medizin jedoch schon abgeschlossen hatte und zu diesem Stichtag eine Nebenfachausbildung in einer anderen Abteilung absolvierte.

Quellen: jeweilige Krankenanstalten

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

An den Standorten Gmünd und in Zwettl nahm die Zahl der Fachärzte (+ 9 % bzw. +19 %) und der TÄ/F (+ 23 % bzw. + 25 %) zu; dieser Trend war auch in den Abteilungen für Innere Medizin erkennbar. Am LK Waidhofen schwankte die Anzahl der TÄ/F zu den überprüften Stichtagen zwischen 15,5 und 17 VZÄ; in der Inneren Medizin wurde die Zahl der TÄ/F um ein VZÄ erhöht.

- 14.2** Der RH stellte fest, dass nahezu an allen überprüften niederösterreichischen Standorten die Anzahl der Ausbildungsstellen für TÄ/F und auch die tatsächliche Zahl dieser Turnusärzte im überprüften Zeitraum erhöht wurde. Der RH führte dies gerade in den kleineren peripher gelegenen Krankenanstalten auch auf das Bestreben zurück, dadurch einen Ausgleich zum Mangel an TÄ/A zu schaffen.

Ausbildungsverantwortung – Allgemeines

- 15.1** (1) Das ÄrzteG 1998 sah für die Ausbildungsverantwortung ein dreistufiges System vor und wies den Krankenanstaltenträgern (TZ 16 bis 18), den Ärztlichen Leitern (TZ 19, 20) und den Abteilungsleitern (TZ 23) bestimmte Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu.

Einen Sonderfall stellten die Universitätskliniken AKH Wien und LKH Innsbruck dar, weil hier die Rollen des Dienstgebers (MedUni Wien bzw. MedUni Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers (teilweise) auseinanderfielen und der Träger formal keine Diensthoheit über die funktionstragenden Ärzte innehatte. Hinzu kam noch, dass bei Universitätskliniken zwei unterschiedliche gesetzliche Aufträge miteinander in Einklang zu bringen waren. So hatten das AKH Wien und das LKH Innsbruck die Krankenversorgung zu gewährleisten, während die Medizinischen Universitäten insbesondere die Lehre und Forschung sicherzustellen hatten.

Dafür sah das ÄrzteG 1998 weder in der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Fassung noch in der aktuellen Novelle Sonderbestimmungen vor.

(2) Das AKH Wien und die MedUni Wien planten eine gemeinsame Betriebsführung ab 2015. Hiefür waren zwei neue paritätisch (von der Stadt Wien und der MedUni Wien) besetzte Leitungsorgane geplant: das Supervisory Board und das Management Board. Die TILAK und die MedUni Innsbruck schlossen im März 2014 einen Zusammenarbeitsvertrag; durch diesen wurde die MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission (je vier Mitglieder der MedUni Innsbruck und des LKH Innsbruck) als gemeinsames Gremium eingerichtet.

- 15.2** Wie die nachfolgende Analyse zeigte, wurde die im ÄrzteG 1998 normierte dreistufige Ausbildungsverantwortung nach Ansicht des RH von den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen.

In diesem Zusammenhang hielt der RH weiters fest, dass die Universitätskliniken AKH Wien und LKH Innsbruck einen Sonderfall darstellten, weil hier die Rollen des Dienstgebers (MedUni Wien bzw. MedUni Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers (teilweise) auseinanderfielen und der Träger formal keine Diensthoheit über die funktionstragenden Ärzte innehatte; darauf wird in den TZ 17, 18, 20 und 21 näher eingegangen.

Ausbildungsverantwortung der Krankenanstaltenträger

Rechtliche Rahmenbedingungen

- 16** (1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten hatten gemäß §§ 9 und 10 ÄrzteG 1998 in kürzest möglicher Zeit für die bestqualifizierende Ausbildung der Turnusärzte zu sorgen. Diese Verpflichtung⁵⁷ zielte in programmatischer Weise⁵⁸ auf die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen für die Ausbildung. Darunter waren jene Voraussetzungen zu verstehen, die für eine Anerkennung als Ausbildungsstätte gemäß § 9 Abs. 2 und § 10 Abs. 2 ÄrzteG 1998 zu erfüllen sind.⁵⁹ Insofern traf die Letztverantwortung für eine den Vorgaben des ÄrzteG 1998 entsprechende Ausbildung der Turnusärzte in jedem Fall den Träger der Krankenanstalt.

(2) Im neuen ÄrzteG waren die Vorschriften über die Wahrung der Ausbildungsqualität und damit auch über die Ausbildungsverantwortung der Träger im § 11 gebündelt und erweitert. So war nun der Träger ausdrücklich verpflichtet, dem Turnusarzt zu Beginn der an die Basisausbildung anschließenden praktischen Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt einen so genannten Ausbildungsplan vorzulegen, in dem der voraussichtliche zeitliche und organisatorische Ablauf der Ausbildung festgelegt ist. (TZ 27, 28)

⁵⁷ Von „Ausbildungspflicht“ spricht auch ausdrücklich Kopetzki. Siehe Kopetzki, Turnusärzte und Famulanten, 1990, S. 32 (FN 117).

⁵⁸ Wimmer, Rechtsfragen im Turnusverhältnis, 2000, S. 120

⁵⁹ So war bspw. zu gewährleisten, dass die Krankenanstalt über alle zur Erreichung des Ausbildungsziels erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials verfügt.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Strategische Ziele für die Ärzteausbildung

- 17.1** Vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Trägers analysierte der RH, ob bzw. welche strategischen Ziele die überprüften Krankenanstaltenträger⁶⁰ im Hinblick auf die Ärzteausbildung verfolgten:

AKH Wien und LKH Innsbruck

(1) Der Wiener Gemeinderat formulierte in den strategischen Zielen für den KAV das allgemeine Ziel, eine zeitgemäße berufliche Grundbildung anzubieten und die Arbeitsmarktfähigkeit der Mitarbeiter durch nachhaltige Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zu gewährleisten.

Konkreter und ausführlicher waren die Ausbildungsziele in der TILAK-Strategie formuliert.

(2) Der Entwurf für eine Zusammenarbeitsvereinbarung⁶¹ zwischen dem AKH Wien und der MedUni Wien sah als eine Aufgabe des Management Boards⁶² im Rahmen des operativen Personalmanagements strukturelle und organisatorische Standards für die Ärztliche Ausbildung vor.

Der Zusammenarbeitsvertrag zwischen der TILAK und der MedUni Innsbruck vom März 2014 legte die gemeinsame Ausbildungsplanung als Aufgabe der mit diesem Vertrag eingerichteten MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission fest.

⁶⁰ Träger der Wiener Städtischen Krankenanstalten und des AKH Wien war die Stadt Wien. Der organisatorische Betrieb erfolgte als Teil der Stadtverwaltung durch den KAV, einer Unternehmung ohne Rechtspersönlichkeit gemäß § 71 Wiener Stadtverfassung. Für den Betrieb des AKH Wien war innerhalb des KAV eine eigene Teilunternehmung eingerichtet.

Träger der niederösterreichischen Krankenanstalten war das Land Niederösterreich. Die zum organisatorischen Betrieb der Landeskrankenanstalten notwendigen Geschäfte führte allerdings die NÖ Landeskliniken Holding – ein Fonds öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit – auf Rechnung des Landes. Das Dienstverhältnis der Bediensteten in den Landeskrankenanstalten zum Land Niederösterreich bleibt davon unberührt.

Träger der Tiroler Landeskrankenanstalten war nach einer Ausgliederung, die vom Land Tirol nach allgemeinem Gesellschaftsrecht gegründete Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK). Aufgrund des Dienstverhältnisses der Bediensteten in den Landeskrankenanstalten zum Land Tirol, wurde das Landespersonal der Gesellschaft zur Dienstleistung zugewiesen.

⁶¹ vom 14. Oktober 2014

⁶² Soll sich aus zwei Mitgliedern zusammensetzen, wobei ein Mitglied jedenfalls der Direktor der Teilunternehmung AKH Wien und das zweite Mitglied ein Rektoratsmitglied der MedUni Wien ist, das über entsprechende Kompetenzen im medizinisch-wissenschaftlichen Bereich und über Führungsqualifikation verfügt.

(3) Weder die Zielvereinbarungen des KAV noch jene der TILAK mit den Ärztlichen Direktoren gingen auf die Ärzteausbildung ein. In der TILAK waren allerdings solche Ziele im Zusammenhang mit der Einführung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Die NÖ Landeskliniken-Holding verfügte seit 2011 über eine jährlich fortgeschriebene Zielelandkarte u.a. mit konkreten Zielen für die Ärzteausbildung, z.B. Schaffung von mehr Ausbildungsstellen oder Forcierung des Turnusärzte-Recruitings. Diese Ziele wurden gemeinsam mit den Regionalmanagern auf die verschiedenen Regionen⁶³ und in weiterer Folge auf die einzelnen niederösterreichischen Krankenanstalten heruntergebrochen. Die Zielerreichung wurde jährlich evaluiert.

- 17.2** Der RH hielt im Hinblick auf die gesundheitspolitische Bedeutung der Ärzteausbildung ihre Verankerung in wesentlichen Grundsatzdokumenten und -vereinbarungen eines Krankenanstaltenträgers für wesentlich. Er sah daher kritisch, dass die Stadt Wien für den KAV bzw. das AKH Wien noch keine konkreten strategischen Ausbildungsziele für Turnusärzte festgelegt hatte. Weiters bemängelte der RH, dass weder der KAV noch die TILAK die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt hatten.

In diesem Zusammenhang sah er vor allem die Vorgangsweise der NÖ Landeskliniken-Holding positiv. Weiters anerkannte der RH die Absicht der TILAK betreffend die Thematisierung der Ärzteausbildung in künftigen Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern und empfahl deren konsequente Umsetzung. Der Stadt Wien, dem KAV bzw. der MedUni Wien empfahl der RH, entsprechend der künftigen konkreten Ausgestaltung der Leitungsstruktur im Rahmen der gemeinsamen Betriebsführung die Ärzteausbildung in Zielvereinbarungen mit der Ärztlichen Leitung vorzusehen.

Im Hinblick auf die Sondersituation an Universitätskliniken und die Bemühungen um eine engere Zusammenarbeit empfahl der RH dem AKH Wien und der MedUni Wien bzw. dem LKH Innsbruck und der MedUni Innsbruck, im Rahmen ihrer (geplanten) institutionalisierten Zusammenarbeit gemeinsam strategische Ziele für die Ärzteausbildung zu erarbeiten. Als weiterer Schritt wären diese auf die operativen Ebenen herunterzubrechen.

⁶³ NÖ Mitte, Mostviertel, Waldviertel, Weinviertel und Thermenregion

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

17.3 (1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlungen zu. Der Entwurf des Zusammenarbeitsvertrags zwischen der MedUni Wien und der Teilunternehmung AKH Wien (TU-AKH Wien) im Projekt Universitätsmedizin Wien 2020 sei fertiggestellt worden. Zusätzlich seien bereits die Managementprozesse für die neue Betriebsführung zwischen MedUni Wien und TU-AKH Wien abgestimmt. In den Zielvereinbarungen mit den Organisationseinheitsleitern würden insbesondere auch Themen wie Ärzteausbildung verankert werden.

Die MedUni Wien teilte weiters mit, dass die Verantwortung für die Ärzteausbildung beim Krankenanstaltenträger, also für den Bereich des AKH Wien bei der Stadt Wien liege. Die MedUni Wien wirke als Dienstgeberin der Ärzte in Facharztausbildung an der Strukturierung und Qualitätssicherung der Facharztausbildung mit. Als wichtige gemeinsame Managementaufgabe sei u.a. die Etablierung struktureller und organisatorischer Standards für die ärztliche Ausbildung verankert, die gemeinsame strategische Ziele zur Ärzteausbildung voraussetzen würden. Die Verhandlungen über die Zielvereinbarungen mit den Organisationseinheitsleitern würden künftig von der MedUni Wien und der TU-AKH Wien gemeinsam geführt. In einem vorgezogenen Schritt habe die Ärztliche Direktion einen Entwurf für die zukünftigen Vorgaben an die Ausbildungsverantwortlichen der jeweiligen Ausbildungsstätten vorgelegt. Die Details zu diesem Entwurf würden im Rahmen einer Arbeitsgruppe gemeinsam mit den Ausbildungsverantwortlichen konkretisiert und weiterentwickelt.

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck habe sich die MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission in ihren letzten Sitzungen nach Verkündung der neuen Ausbildungsordnung für Ärzte intensiv mit der Umsetzung dieser Verordnung befasst, insbesondere mit der Sicherstellung durchgängig strukturierter Ausbildungsprozesse. Die Berücksichtigung der Verordnung in Hinblick auf die Evaluierung der Ausbildungsstätten und die Gewährleistung der Vorgaben, wie Evaluierungsgespräche, jährliche Zeugnisse und Rasterzeugnisse, werde Eingang in die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern finden.

Im Zuge der Implementierung der institutionalisierten Zusammenarbeit werde ein gemeinsames Konzept in Aussicht genommen.

17.4 Der RH nahm die von der Stadt Wien bzw. der MedUni Wien und der TILAK bzw. der MedUni Innsbruck geplanten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Ärzteausbildung zur Kenntnis. Er hob neuerlich das Erfordernis gemeinsamer strategischer Ziele für die Ärzteausbildung hervor, um eine längerfristige Planung und Steu-

erung zu ermöglichen sowie die Zielerreichung messbar zu machen; als weiterer Schritt wären diese auf die operativen Ebenen herunterzubrechen.

Gegenüber der Stadt Wien bzw. der MedUni Wien betonte der RH, dass seine Empfehlung ausdrücklich auf die Thematisierung der Ärzteausbildung in den Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern gerichtet war. Betreffend die angesprochenen Zielvereinbarungen mit den Organisationseinheitsleitern verwies der RH auf TZ 23 (Ausbildungsverantwortung der Abteilungs- bzw. Klinikleiter), worin er u.a. empfahl, die Ärzteausbildung auch in den Zielvereinbarungen mit den Ausbildungsverantwortlichen zu thematisieren.

Ausbildungsvorgaben der Krankenanstaltenträger

- 18.1** Vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung der Krankenanstaltenträger der überprüften Krankenanstalten erhob der RH auch die Ausgestaltung zentraler Ausbildungsvorgaben:

AKH Wien

Der KAV verfügte über eine Reihe von zentralen Vorgaben für die Ärzteausbildung⁶⁴; diese galten jedoch nicht für das AKH Wien, dessen Ärzte Mitarbeiter der MedUni Wien waren. Somit gab es für die Ärzteausbildung am AKH Wien keine Vorgaben seitens des Trägers.

LKH Innsbruck

(1) Am LKH Innsbruck waren – wie bereits erwähnt – sowohl Ärzte der MedUni Innsbruck als auch der TILAK beschäftigt.

(2) Wie am AKH Wien gab es auch für die Turnusärzte der MedUni Innsbruck keine schriftlichen Vorgaben des Trägers. Für die TILAK-Turnusärzte (alle TÄ/A und etwa die Hälfte der TÄ/F) regelte die TILAK hingegen insbesondere Folgendes:

- Für die TÄ/A schloss die TILAK im Jahr 2003 eine Betriebsvereinbarung mit dem Zentralbetriebsrat ab. Diese regelte vor allem, dass TÄ/A im ersten Quartal des zweiten Ausbildungsjahres dem Ausbildungsleiter mitteilen mussten, ob sie die Ambulanzzeit an der Kli-

⁶⁴ zum Beispiel Ausbildungskonzept für Innere Medizin (AP 4) aus dem Jahr 2006 und ein Logbuch für TÄ/A, verpflichtende Einführungsfortbildungen

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

nik oder in einer Lehrpraxis absolvieren werden. Die Absolvierung der Ambulanzzeit musste an einer Ambulanz eines TILAK Krankenhauses ermöglicht werden. Es war darauf zu achten, dass die Ausbildung tatsächlich in diesem Bereich und nicht etwa an einer Station erfolgte.⁶⁵ Eine Kontrolle der Umsetzung dieser Betriebsvereinbarung durch die TILAK erfolgte nicht.

- Für die TÄ/F regelte eine Betriebsvereinbarung aus dem Jahr 2008 zentrale Themen der Ärzteausbildung (bspw. generelle und individuelle Ausbildungsplanung, Aufgaben der Ausbildungsverantwortlichen in Grundzügen und Mitarbeiterbeurteilung). Der Begriff Ausbildungsplan wurde aber darin nicht definiert, weshalb Unklarheiten bezüglich der Bedeutung bestanden.

Die zur Sicherung der Ausbildungsqualität der TÄ/F im Jahr 2010 eingerichtete Ärzteausbildungskommission⁶⁶ konnte das Vorliegen eines individuellen Ausbildungsplans überprüfen. Den Protokollen der bislang vier abgehaltenen Sitzungen zufolge fand eine solche Überprüfung jedoch nie statt. Seit März 2011 wurden keine Sitzungen mehr einberufen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war laut LKH Innsbruck eine Umstrukturierung dieser Kommission geplant.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Das Land Niederösterreich als Dienstgeber sah seit Mitte 2012 Stellenbeschreibungen für TÄ/A und TÄ/F vor, worin die organisatorische Eingliederung und der Aufgabenbereich festgelegt wurden.

(2) Die NÖ Landeskliniken– Holding sah nur Vorgaben für die Ausbildung der TÄ/A vor. So gab es insbesondere seit 2007 ein Logbuch⁶⁷, welches zwar an alle niederösterreichischen Krankenanstalten ausgegeben wurde, aber von diesen nicht durchgängig verwendet wurde. Die überprüften Krankenanstalten erachteten das Logbuch teilweise als zu

⁶⁵ Weiters erhielten die TÄ/A ein Merkblatt mit ihren wesentlichen organisatorischen Verpflichtungen und ein obligatorisches Fortbildungspaket beim Einführungsgespräch am AZW.

⁶⁶ Die Ärzteausbildungskommission (bestehend aus der Ärztlichen Direktion des LKH Innsbruck und Mitarbeitern der TILAK) war zuständig für die Qualitätssicherung der Facharzt Ausbildung an allen TILAK Krankenanstalten.

⁶⁷ Als Voraussetzung für die Umsetzung des Logbuchs hat die NÖ Landeskliniken– Holding ein Tätigkeitsprofil für TÄ/A erstellt, welches regelte, wie die TÄ/A im Klinikalltag eingesetzt werden sollen, um die Ausbildungsinhalte zu erwerben. Rasterzeugnisse waren oft allgemein und unscharf formuliert. Logbücher sollen die Qualität der Ausbildung steigern, in dem sie die Ausbildungsinhalte näher definieren. Die bereits vermittelten Inhalte sollen vom Ausbildungsverantwortlichen laufend im Logbuch bestätigt werden.

umfangreich und nicht praktikabel. Mitte 2013 führte die NÖ Landeskliniken-Holding die Checkliste zur Einführung für Turnusärzte⁶⁸ als Orientierung für den ersten Monat in der Krankenanstalt ein.

Eine Kontrolle der Anwendung des Logbuchs und der Checkliste seitens der NÖ Landeskliniken-Holding fand nicht statt. Auch Evaluierungen erfolgten nicht, 2012 wurde lediglich eine Umfrage durchgeführt. Als Reaktion auf die Umfrageergebnisse wurden bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Maßnahmen gesetzt.

- 18.2** Der RH stellte kritisch fest, dass es für die im AKH Wien und im LKH Innsbruck tätigen – bei den jeweiligen Medizinischen Universitäten angestellten – TÄ/F keine Ausbildungsvorgaben der Krankenanstaltenträger gab. Dies war aus Sicht des RH darauf zurückzuführen, dass bei Universitätskliniken die Rollen des Dienstgebers (MedUni Wien bzw. MedUni Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers auseinanderfielen und für diesen Sonderfall keine gesetzlichen Bestimmungen vorgesehen waren.

In jenen Fällen, in denen die TILAK bzw. die NÖ Landeskliniken-Holding Ausbildungsvorgaben normiert hatten, hielt der RH die Umsetzungs- und Kontrollmechanismen für nicht ausreichend, um die Durchführung der Vorgaben zu gewährleisten. So erfolgte etwa keine Überprüfung der Umsetzung von Betriebsvereinbarungen der TILAK betreffend Turnusärzte.

Auch die NÖ Landeskliniken-Holding überprüfte die Anwendung des Logbuchs bzw. der Checkliste nicht und führte diesbezüglich auch keine Evaluierungen durch; der RH stellte dazu kritisch fest, dass die überprüften Krankenanstalten das Logbuch nicht durchgängig verwendeten. Darüber hinaus gab es seitens der NÖ Landeskliniken-Holding keine Vorgaben für die Facharztausbildung.

Der RH empfahl daher den Krankenanstaltenträgern, entsprechende Vorkehrungen zu treffen, um die Umsetzung der bestehenden bzw. vom RH empfohlenen zentralen Ausbildungsvorgaben (z.B. TZ 25, 26) durch die Ärztlichen Leiter sowie die Abteilungs- bzw. Klinikleiter im Interesse eines durchgängig einheitlich strukturierten Ausbildungsprozesses sicherstellen zu können.

Im Fall des AKH Wien könnten entsprechende Schritte im Rahmen der ab 2015 geplanten gemeinsamen Betriebsführung mit der MedUni Wien gesetzt werden. Hinsichtlich des LKH Innsbruck könnte damit bspw. die

⁶⁸ Diese Checkliste wurde an alle neu in ein Krankenhaus der NÖ Landeskliniken-Holding eintretenden Turnusärzte ausgefolgt.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

im Rahmen des Zusammenarbeitsvertrags eingerichtete MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission beauftragt werden. (TZ 15)

Allen überprüften Krankenanstaltenträgern empfahl der RH auch, die Zielvereinbarungen (TZ 17) mit den Ärztlichen Leitern zur Sicherstellung der Umsetzung der Ausbildungsvorgaben zu nutzen.

18.3 *(1) Die Stadt Wien sagte die Umsetzung der Empfehlungen zu. Der Entwurf des Zusammenarbeitsvertrags zwischen der MedUni Wien und der TU-AKH Wien im Projekt Universitätsmedizin Wien 2020 sei fertiggestellt worden. Zusätzlich seien bereits die Managementprozesse für die neue Betriebsführung zwischen MedUni Wien und AKH Wien abgestimmt. Ein wesentlicher gemeinsamer Prozess sei die Zielvereinbarung mit den Organisationseinheitsleitern, in welcher insbesondere auch Themen wie Ärzteausbildung verankert würden.*

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck habe sich die MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission in ihren letzten Sitzungen nach Verkündung der neuen Ausbildungsordnung für Ärzte intensiv mit der Umsetzung dieser Verordnung befasst, insbesondere der Sicherstellung durchgängig strukturierter Ausbildungsprozesse. Die Berücksichtigung der Verordnung in Hinblick auf Evaluierung der Ausbildungsstätten und die Gewährleistung der Vorgaben, wie Evaluierungsgespräche, jährliche Zeugnisse und Rasterzeugnisse, werde Eingang in die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern finden.

Zentrale Ausbildungsvorgaben – wie das Onboarding oder die Anpassung des MOVE Programms an die Anforderungen der Basisausbildung – seien verpflichtende Elemente. Die Nicht-Einhaltung müsse Konsequenzen für die Ausbildungsverantwortlichen haben.

(3) Das Land Niederösterreich kündigte an, dass die interne Revision der NÖ Landeskliniken-Holding die korrekte Handhabung der Logbücher, sowie die korrekte Durchführung und Dokumentation der Evaluierungsgespräche stichprobenartig prüfen werde, sobald die Fachgruppen/medizinischen Fachgesellschaften die dafür erforderlichen Grundlagen erarbeitet und zur Verfügung gestellt hätten.

Weiters führte das Land Niederösterreich aus, dass die in der Ziellandkarte definierten Ziele strategische Ziele der NÖ Landeskliniken-Holding für die kommenden fünf Jahre seien. Individuelle jährliche Ziele würden durch die Regionalmanager im Rahmen der Mitarbeitergespräche mit den Mitgliedern der Kollegialen Führung vereinbart. Zielvereinbarungen mit monetärer Auswirkung seien nicht flächendeckend bei allen Mitgliedern der Kollegialen Führung vorgesehen. Darü-

ber hinaus sei die Sicherstellung der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Sonderausbildung des ärztlichen Personals, auch in Belangen der Mitwirkung und Mitverantwortung an der gesamthaften ärztlichen, pflegerischen und wirtschaftlichen Steuerung der Krankenanstalt, als Teil der Kernaufgaben der Ärztlichen Direktoren in deren Stellenbeschreibungen festgehalten.

- 18.4** Der RH hielt gegenüber dem Land Niederösterreich fest, dass die Sicherstellung eines durchgängig einheitlich strukturierten Ausbildungsprozesses in der Verantwortung des Krankenanstaltenträgers bzw. des Ärztlichen Leiters lag, auch wenn (noch) keine weiterführenden Grundlagen vorlagen.

Weiters stellte der RH dem Land Niederösterreich gegenüber klar, dass er – unabhängig von einer monetären Auswirkung – Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern empfohlen hatte; sie stellten auch im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung ein wesentliches Instrument dar, um die Umsetzung von Trägervorgaben zu gewährleisten.

Ausbildungsverantwortung des
Ärztlichen Leiters

Rechtliche Rahmenbedingungen

- 19.1** (1) Der Ärztliche Leiter einer Krankenanstalt war als vom Träger bestelltes Leitungsorgan für den ärztlichen Dienst⁶⁹ verantwortlich (vgl. § 7 Abs. 1 KAKuG). Wenngleich die primäre Ausbildungsverantwortung bei den Abteilungs- bzw. Klinikleitern lag (siehe TZ 23), trafen ihn auch Pflichten in Bezug auf die Ausbildung, die in den §§ 9 und 10 ÄrzteG festgelegt waren. So war der Ärztliche Leiter z.B. für die Organisation der abteilungsübergreifenden Rotation der Turnusärzte innerhalb einer Krankenanstalt zuständig.

(2) Im neuen ÄrzteG (§ 11 Abs. 1) wurde der Ärztliche Leiter im Unterschied zu den Vorgängerregelungen nicht mehr ausdrücklich erwähnt, obwohl bspw. abteilungsübergreifenden Rotationen mit der Novelle ein höherer Stellenwert⁷⁰ eingeräumt wurde und die Qualitätserfordernisse für die Ärzteausbildung – auch vor dem Hintergrund der neu eingeführten Wieder-Anerkennung nach sieben Jahren – insgesamt erhöht wurden.

⁶⁹ zum Beispiel: Diensterteilungen, die dienstliche Verwendung einzelner Ärzte, die Koordinierung der ärztlichen Tätigkeit; Mayer, Die Führung von Krankenanstalten, in FS Tomandl, 1998, S. 547 (550).

⁷⁰ z.B.: Teilanerkennung von Ausbildungsstätten und Pflichtrotationen in manchen Sonderfächern

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

(3) Der RH hatte in seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf kritisch darauf hingewiesen und vor dem Hintergrund der Ausbildungszuständigkeit des Ärztlichen Leiters explizite Regelungen für die mit der Ausbildung zusammenhängenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten für zweckmäßig erachtet. Die Hinweise des RH blieben im weiteren Gesetzgebungsprozess unberücksichtigt.

- 19.2** Der RH hielt fest, dass der Ärztliche Leiter – trotz der sich im Zusammenhang mit seiner Verantwortung für den ärztlichen Dienst ergebenden Zuständigkeit für die Ärzteausbildung – im neuen ÄrzteG nicht mehr explizit genannt wurde bzw. seine entsprechenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten nicht ausdrücklich festgelegt wurden. Der RH hielt seine diesbezüglichen Bedenken aufrecht.

Um die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten dennoch transparent zu machen und auch deren Einforderung (z.B. im Rahmen der Zielvereinbarungen) zu erleichtern empfahl der RH den Trägern der überprüften Krankenanstalten, die vom Ärztlichen Leiter in ihrem Namen wahrzunehmenden Aufgaben ausdrücklich festzulegen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass dem Ärztlichen Leiter in Zukunft bspw. aufgrund vermehrt notwendig werdender Rotationen und höherer Qualitätsvorgaben eine noch größere Bedeutung zukommen könnte.

- 19.3** (1) *Die Stadt Wien sagte die Umsetzung der Empfehlung zu. Sie teilte mit, dass mit Dezember 2014 die Trennung der Ärztlichen Direktion von der Direktion der TU-AKH Wien vollzogen worden sei. Die Festlegung der Aufgaben des Ärztlichen Leiters werde bereits in Abstimmung mit den zukünftigen Leitungsgremien der neuen Betriebsführung (Managementboard) erfolgen. Die Stellenbeschreibung des Ärztlichen Leiters werde in Bezug auf die Ärzteausbildung ergänzt.*

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck werde die Definition der Zuständigkeiten sowie der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der jeweiligen Beteiligten in der Ärzteausbildung (Ärztliche Direktion, Primarii, Ausbildungsverantwortliche) von einer Projektgruppe erarbeitet.

(3) Das Land Niederösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die angeführten Aufgaben des Ärztlichen Leiters im Zusammenhang mit der ärztlichen Ausbildung in den neu erstellten Stellenbeschreibungen für diese Funktion abgebildet seien und auch in die Ausschreibungen bei Neubesetzungen Ärztlicher Direktoren als wesentliche Aufgabe aufgenommen würden.

- 19.4 Der RH wies gegenüber der Stadt Wien, der TILAK und der Med-
Uni Innsbruck sowie dem Land Niederösterreich darauf hin, dass er
im Rahmen seiner Stellungnahme zum Entwurf der ÄAO 2015 auch
seine Kritik an der fehlenden rechtlichen Definition der Aufgaben
und Verantwortlichkeiten des Ärztlichen Leiters wiederholt hatte und
seine Bedenken aufrecht hielt. Die Anregung des RH wurde in der im
Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 nicht berücksichtigt.

Vorgaben der Ärztlichen Leiter der überprüften Krankenanstalten

- 20.1 Im Hinblick auf die gesetzlich normierte Ausbildungsverantwortung
der Ärztlichen Leiter erhob der RH in den überprüften Kranken-
anstalten das Vorliegen entsprechender Vorgaben:⁷¹

AKH Wien

(1) Das Organisationshandbuch der Ärztlichen Direktion des AKH Wien
legte fest, dass die Ausbildung von Ärzten eine der Hauptaufgaben der
Krankenanstalt sei und durch Fachärzte der MedUni Wien erfolge.⁷²

(2) Die Ärztliche Direktion hatte eine Leitlinie zu den Ärzte-Ausbil-
dungszeugnissen (Rasterzeugnissen) ausgegeben, die überwiegend die
formale Überprüfung der Rasterzeugnisse regelte. Im November 2014
legte das AKH Wien den Entwurf für eine Vorgabe der Ärztlichen
Direktion zu den grundlegenden Anforderungen in der Ärzteausbil-
dung (Entwurf) vor; dieser regelte u.a. die Informations- und Doku-
mentationspflichten des Qualitätsbeauftragten gegenüber den TÄ/F.

LKH Innsbruck

(1) Laut Anstaltsordnung des LKH Innsbruck hatte der Ärztliche Direk-
tor dafür zu sorgen, dass alle Ärzte sämtliche in der Ausbildungsord-
nung vorgeschriebene fachspezifischen Ausbildungen in der vorgese-
henen Mindestzeit absolvieren können. Ihm bzw. dem von der TILAK
eingerrichteten AZW oblag auch die Überwachung der Ärzteausbildung.

(2) Beginnend im Jahr 2011 beauftragte die Ärztliche Direktion eine
Projektgruppe (TÄ/A) bzw. die Kliniken (TÄ/F), Logbücher für die Aus-

⁷¹ In der Mehrzahl der überprüften Krankenanstalten gab es auf Ebene der Kliniken bzw.
Abteilungen eine Reihe von verschiedensten Dokumenten im Zusammenhang mit der
Ärzteausbildung (insbesondere im AKH Wien aufgrund der Zertifizierung).

⁷² Die Anstaltsordnung enthielt keine Regelungen für die Ärzteausbildung.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

bildung zu erstellen, um mehr Transparenz in der Ausbildung sowie eine Qualitätskontrolle und -sicherung zu schaffen. Grundsätzlich galten die Logbücher für alle TÄ/A und TÄ/F. Da es aber keine Betriebsvereinbarung mit der MedUni Innsbruck gab, konnten die Logbücher von den universitätsbediensteten TÄ/F nicht eingefordert werden.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) In den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten enthielten die Anstaltsordnungen detailliertere Ausführungen zur Ärzteausbildung (bspw. TZ 38). Hinsichtlich des Ärztlichen Direktors war u.a. festgelegt, dass er die fachgerechte medizinische Ausbildung aller Ärzte zu gewährleisten hatte.

(2) Mit Ausnahme des LK St. Pölten/Lilienfeld, das über eine Richtlinie zur Dokumentation der Ärzteausbildung⁷³ verfügte, gab es seitens der Ärztlichen Direktionen der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten keine zentralen Vorgaben für die Ärzteausbildung.

20.2 Der RH stellte fest, dass die Verantwortung der Ärztlichen Leiter der überprüften Krankenanstalten unterschiedlich definiert war. Im Unterschied zu den anderen überprüften Krankenanstalten verfolgte das AKH Wien grundsätzlich einen dezentralen Ansatz, was der RH vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters kritisch sah. Dies war aus seiner Sicht auf das bereits erwähnte Auseinanderfallen von Krankenanstaltenträger und Dienstgeberschaft zurückzuführen. Im Interesse einer einheitlich strukturierten Ausbildung wertete der RH die aktuellen Bemühungen positiv.

Was die anderen überprüften Krankenanstalten in Tirol und Niederösterreich anbelangt, hielt der RH die getroffenen Maßnahmen für nicht ausreichend, um die Wahrnehmung der auch in den Anstaltsordnungen festgelegten Ausbildungsverantwortung der Ärztlichen Leiter sicherzustellen. So verfügten etwa – mit Ausnahme des Standorts St. Pölten – weder das LKH Innsbruck noch das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl bzw. der Standort Lilienfeld über eine Richtlinie betreffend die Vorgangsweise bei den Rasterzeugnissen (siehe dazu TZ 38).

Nach Auffassung des RH waren einheitliche Vorgaben des Ärztlichen Leiters erforderlich, um einen durchgängig strukturierten Ausbildungsprozess sicherzustellen. Er verwies daher in diesem Zusammenhang

⁷³ Die Richtlinie Ausfüllhilfe für die Rasterzeugniserstellung vom März 2014 wurde erstmalig im Juni 2013 erstellt und galt vorerst nur für den Standort St. Pölten. Geplant war, diese in Zukunft auch am Standort Lilienfeld anzuwenden.

auf seine Empfehlungen betreffend Zielvereinbarungen (TZ 17) und Aufgabenfestlegung (TZ 19).

Der RH identifizierte im Rahmen der Gebarungsüberprüfung einerseits eine Reihe von zweckmäßigen Vorgaben durch den Ärztlichen Leiter bzw. andererseits einen Optimierungsbedarf bezüglich bestehender Vorgaben (siehe z.B. TZ 25, 26).

- 20.3** *Die Stadt Wien wies darauf hin, dass im Entwurf der Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen MedUni Wien und TU-AKH Wien das Leitungsmanagement des Managementboards festgelegt sei. Eine Aufgabe dieses Gremiums sei die Sicherstellung der Ärzteausbildung, deren Umsetzung im Rahmen von elf Arbeitspaketen in den nächsten Jahren erfolgen solle.*

Die Stadt Wien und die MedUni Wien teilten weiters mit, dass die Ärztliche Direktion bereits einen Entwurf für die zukünftigen Vorgaben an die Ausbildungsverantwortlichen der jeweiligen Ausbildungsstätten vorgelegt habe. Die Details zu diesem Entwurf würden in Abstimmung und in der fortlaufenden Nachjustierung gemeinsam mit dem Rektorat, dem Betriebsrat der MedUni Wien und den Ausbildungsverantwortlichen weiterentwickelt.

Organisation der
Ausbildung – zentrale
Einrichtungen

- 21.1** Die überprüften Krankenanstalten trafen folgende organisatorische Maßnahmen für die Ärzteausbildung:

AKH Wien

(1) Im KAV gab es zwar einen Weiterbildungsbeauftragten und eine zentrale Anlaufstelle⁷⁴ für die TÄ/A in den städtischen Krankenanstalten⁷⁵, dies betraf aber nicht die im AKH Wien tätigen TÄ/F, die Dienstnehmer der MedUni Wien waren.

(2) Im AKH Wien selbst nahm die Abteilung Medizinischer Betrieb als Assistenz des Ärztlichen Direktors Angelegenheiten der Ärzteausbildung – wie u.a. die Bearbeitung von Ansuchen betreffend die Anerkennung von Ausbildungsstätten oder die Plausibilitätsprüfung von Rasterzeugnissen – wahr.

⁷⁴ Geschäftsbereich Medizinmanagement und Sofortmaßnahmen

⁷⁵ Die Absolvierung bestimmter Einführungsfortbildungen war für alle neuen Ärzte in diesen Krankenanstalten verpflichtend; die Kontrolle erfolgte mittels Bestätigung auf einer Checkliste, die an den Weiterbildungsbeauftragten zu übermitteln war.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

LKH Innsbruck

(1) Die TILAK als Rechtsträgerin des LKH Innsbruck verfügte bereits seit dem Jahr 1992 mit dem Fachbereich Medizin⁷⁶ am AZW über eine zentrale Koordinationsstelle⁷⁷ für TÄ/A, die beim Land Tirol bzw. der TILAK beschäftigt waren. Diese betreute die TÄ/A von der Bewerbung bis zum Abschluss der Ausbildung (inklusive Fortbildungsveranstaltungen).⁷⁸

Für TILAK-TÄ/F für Innere Medizin erfolgte nur die Koordination der – zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch bestehenden – Nebenfachzeiten und Nebenfächer⁷⁹ durch das AZW gemeinsam mit den geschäftsführenden Oberärzten des Departments Innere Medizin des LKH Innsbruck. Für bei der MedUni Innsbruck beschäftigte TÄ/F übernahm die Personalabteilung der MedUni Innsbruck⁸⁰ die Nebenfachkoordination. Die Rotationsplanung nahmen die geschäftsführenden Oberärzte des Departments Innere Medizin des LKH Innsbruck wahr.

Das AZW vermittelte auch die Nebenfachausbildung der TÄ/F für die peripheren Krankenanstalten Tirols und koordinierte die Rotationen dieser Ärzte. Seit dem Jahr 2012 bot das AZW auch die Organisation der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Medizinische Psychotherapie in Kooperation mit der MedUni Innsbruck und der TILAK an. Eine Ausweitung auf andere medizinische Fachgebiete war angedacht.

(2) Im LKH Innsbruck nahm vor allem die Ärztliche Direktion eine Reihe von Aufgaben im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung wahr (Administration der Rasterzeugnisse, Abstimmung von Fortbildungsprogrammen, Durchführung von Evaluierungen etc.).

⁷⁶ Zentrum für ärztliche Aus-Weiter-Fortbildung

⁷⁷ Ziel war, den TÄ/A einen fixen Ansprechpartner zu gewährleisten (Mentorenmodell 1992); siehe auch Betriebsvereinbarung für Turnusärzte in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, abgeschlossen zwischen der TILAK und dem Zentralbetriebsrat: Ausbildungsleiter ist der Leiter des AZW

⁷⁸ Turnus-Einführungsgespräch, jährliches Turnus-Mitarbeiter-Gespräch (auch Zwischengespräch) und Turnus-Mitarbeiter-Abschlussgespräch

⁷⁹ „Pflichtnebenfächer“ (Gegenfächer) waren in der fachärztlichen Ausbildung jene Sonderfächer, die neben dem Hauptfach verpflichtend zu absolvieren waren (z.B. für das Hauptfach Chirurgie sechs Monate Innere Medizin, sechs Monate Unfallchirurgie und drei Monate Anästhesiologie und Intensivmedizin). „Wahlnebenfächer“ waren in der fachärztlichen Ausbildung jene Sonderfächer oder bestimmte Teile derselben, die neben dem Hauptfach und den Pflichtnebenfächern wahlweise zu absolvieren waren.

⁸⁰ Wenn TÄ/F sich nicht selbst bei der Personalabteilung mit ihren Wünschen meldeten, wurden sie nach drei bis vier Jahren – je nach Hauptfach – von der Personalabteilung erinnert, sich eine entsprechende Nebenfachklinik zu wählen und dies ihrer Stammklinik bekannt zu geben.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) In der NÖ Landeskliniken-Holding nahm die Abteilung für Medizinische und Pflegerische Angelegenheiten als zentrale Anlaufstelle u.a. die Umsetzung von Vorgaben und Richtlinien der Geschäftsführung sowie die Organisation von Workshops für die TÄ/A wahr.

(2) An den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten waren als zentrale Stellen vor allem die Personalabteilungen mit der Administration der Rasterzeugnisse befasst.

21.2 Der RH stellte fest, dass die Krankenanstaltenträger bzw. die überprüften Krankenanstalten die zentrale Organisation der Ausbildung unterschiedlich handhabten.

(1) Positiv bewertete der RH, dass für das LKH Innsbruck das AZW als zentrale Koordinationsstelle bereits seit über 20 Jahren die Belange der TÄ/A umfassend wahrnahm. Demgegenüber setzte die NÖ Landeskliniken-Holding zwar organisatorische Maßnahmen, betreute aber die TÄ/A nicht individuell.

(2) Was die TÄ/F betraf waren ebenfalls die Tätigkeiten des AZW positiv zu werten; sie zeigten auch die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit der MedUni Innsbruck als Dienstgeberin etwa der Hälfte der TÄ/F auf. Der KAV und die NÖ Landeskliniken-Holding trafen keine (organisatorischen) Ausbildungs-Maßnahmen für TÄ/F an den überprüften Krankenanstalten.

Auf Ebene der überprüften Krankenanstalten hob der RH die Betrauung der Abteilung Medizinischer Betrieb am AKH Wien mit konkreten Aufgaben der Ärzteausbildung positiv hervor.

Zur Gewährleistung eines möglichst reibungslosen Ausbildungsverlaufs hielt es der RH auch für wesentlich, organisatorisch optimal Vor-sorge zu treffen. Er empfahl daher Folgendes:

AKH Wien und LKH Innsbruck

Vor der Hintergrund der geplanten gemeinsamen Betriebsführung empfahl der RH dem AKH Wien und der MedUni Wien, auch gemeinsame organisatorische Maßnahmen zu prüfen, um u.a. die vom RH empfohlenen zentralen Vorgaben (z.B. TZ 25, 26) schaffen bzw. deren Umsetzung sicherstellen und die TÄ/F dementsprechend stärker unterstützen zu können (etwa im Rahmen der Ausbildungsplanung).

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Der TILAK empfahl der RH, eine Ausweitung der Zuständigkeiten des AZW auf zusätzliche Bereiche der Facharztausbildung zu prüfen.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken– Holding empfahl der RH im Hinblick auf die mit der Ärzteausbildung NEU verbundenen größeren Herausforderungen gerade für TÄ/A (z.B. mehr Rotationen aufgrund von mehr Teilanerkennungen etc.) verstärkte individuelle Unterstützungs-, Koordinations- und Kontrollmaßnahmen.

21.3 (1) *Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlung zu. Im Rahmen der seit Anfang Dezember 2014 begonnenen regelmäßig stattfindenden gemeinsamen Sitzungen zum Thema Ärzteausbildung würden gemeinsame organisatorische Maßnahmen festgelegt und dem Rektor sowie dem Direktor der TU–AKH Wien zur Freigabe vorgelegt.*

Die MedUni Wien teilte ergänzend mit, dass geplant sei, bei der Ärztlichen Direktion eine Stelle zur Koordinierung und Supervision der Ärzteausbildung zu etablieren.

(2) *Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu Abteilungs- bzw. krankenanstaltenüberschreitende Rotation, Ausbildungsplan (siehe TZ 28), wonach u.a. geplant sei, ab Sommer 2015 regionale und überregionale Rotationen, abgestimmt auf die zu absolvierenden Rasterzeugnisinhalte und die genehmigten Ausbildungsmodule zu entwickeln.*

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausgangslage und Allgemeines

- 22** (1) Auf der Ebene der Abteilungen bzw. Kliniken überprüfte der RH die Ausbildungspraxis in den vier Krankenhäusern insbesondere am Beispiel des Fachbereichs Innere Medizin. Dies insbesondere deshalb, weil
- es Organisationseinheiten (Universitätskliniken, Abteilungen etc.) für Innere Medizin in allen überprüften Krankenhäusern gab und
 - die TÄ/A nach der zur Zeit der Gebarungüberprüfung noch geltenden Rechtslage zwölf Monate in der Inneren Medizin zu absolvieren hatten, weshalb – gegenüber den anderen zu absolvierenden

Fachbereichen – die in diesem Fachbereich vorgesehene allgemeinmedizinische Ausbildung am längsten war.

Die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin dauerte mindestens sechs Jahre, eine verpflichtende Absolvierung von Nebenfächern war nicht vorgesehen.

(2) Die folgende Tabelle vermittelt einen Überblick über die Organisation und Anzahl der beschäftigten Ärzte in der Inneren Medizin der überprüften Krankenanstalten:

Tabelle 8: Organisation und Besetzung der Inneren Medizin¹

	Organisationseinheiten	Fachärzte	TÄ/F ²
	Anzahl	in VZÄ	
AKH Wien	3 Universitätskliniken mit 11 Abteilungen	164,6	89,8
LKH Innsbruck	1 Department mit 6 Universitätskliniken	68,8	48,8
LK St. Pölten/Lilienfeld	4 Abteilungen	61,6	23,9
davon			
Standort St. Pölten	3 Abteilungen	55,3	20,9
Standort Lilienfeld	1 Abteilung	6,3	3,0
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl	3 Abteilungen	21,5	15,0
davon			
Standort Gmünd	1 Abteilung	5,0	3,0
Standort Waidhofen	1 Abteilung	9,0	6,0
Standort Zwettl	1 Abteilung	7,5	6,0

¹ zum 30. Juni 2014

² Turnusärzte in Facharztausbildung; Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung waren der Krankenanstalt zugewiesen und nicht bestimmten Organisationseinheiten.

Quellen:Angaben und Homepages der überprüften Krankenanstalten

Die Tabelle verdeutlicht die unterschiedlichen Dimensionen der überprüften Krankenanstalten: Das AKH Wien und das LKH Innsbruck beschäftigten rund drei Viertel der Fachärzte bzw. der TÄ/F im Bereich Innere Medizin der überprüften Krankenanstalten⁸¹.

⁸¹ Insgesamt beschäftigten die überprüften Krankenanstalten 316,5 Fachärzte und 177,5 TÄ/F an der Inneren Medizin.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausbildungsverantwortung der Abteilungs- bzw. Klinikleiter

23.1 (1) In der Praxis trugen die Abteilungsleiter (Primärärzte) die größte Ausbildungsverantwortung. Sie waren gemäß ÄrzteG 1998 für ihren Bereich verpflichtet, den Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten in unselbstständiger Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, also unter Anleitung und Aufsicht, zu vermitteln; im ÄrzteG 1998 wurden sie deshalb als Ausbildungsverantwortliche bezeichnet.

Die Ausbildungsverantwortlichen hatten den Turnusärzten die persönliche Mitarbeit zu ermöglichen, ihnen Mitverantwortung einzuräumen und den Erwerb von theoretischen Kenntnissen und praktischen Fertigkeiten laufend zu überprüfen. Sie hatten auch zu beurteilen, inwieweit die Ausbildung tatsächlich erfolgreich vermittelt worden war und zu entscheiden, ob bspw. bestimmte Inhalte wiederholt werden mussten.

(2) Im Entwurf zur ÄrzteG-Novelle wurde klargestellt, dass der „Leiter der Ausbildungsstätte“⁸² der Ausbildungsverantwortliche war. In seiner Stellungnahme im Begutachtungsverfahren regte der RH insbesondere aus Qualitätssicherungsgründen eine genauere Definition der Aufgaben des Ausbildungsverantwortlichen an. Das neue ÄrzteG enthielt eine solche jedoch weiterhin nicht.

(3) In den überprüften Krankenanstalten stellte der RH Folgendes fest:

AKH Wien

Gemäß Organisationsplan⁸³ der MedUni Wien bestanden im AKH Wien drei Universitätskliniken für Innere Medizin, die in elf Klinische Abteilungen gegliedert waren. Die Universitätskliniken waren gleichzeitig Abteilungen⁸⁴ der Krankenanstalt; daher waren die Ausbildungsverantwortlichen die Vorstände der einzelnen Universitätskliniken.

⁸² Je nach Anerkennung durch die ÖÄK konnte dies eine Abteilung, eine Universitätsklinik oder sonstige Organisationseinheit sein. Für Universitätskliniken bedarf es dadurch nunmehr keiner speziellen „Interpretation“.

⁸³ Das Universitätsgesetz 2002 normierte, dass der Klinische Bereich einer Medizinischen Universität jene Einrichtungen umfasste, die funktionell gleichzeitig Organisationseinheiten einer öffentlichen Krankenanstalt waren. Diese Organisationseinheiten, die im Rahmen einer Krankenanstalt auch ärztliche Leistungen unmittelbar am Menschen erbringen, führten die Bezeichnung „Universitätsklinik“ und konnten in „Klinische Abteilungen“ gegliedert werden. Für die Einrichtung dieser Organisationseinheiten (Departments, Fakultäten, Institute oder andere Organisationseinheiten) war ein Organisationsplan im Einvernehmen mit den Trägern der Krankenanstalt zu erstellen.

Hier relevant: § 7 Abs. 2 und 3 Organisationsplan, herausgegeben im Mitteilungsblatt der MedUni Wien, Studienjahr 2012/2013, 33. Stück; Nr. 50

⁸⁴ § 43 KAKuG

Bis zur Gebarungüberprüfung des RH gab es keine von der Ärztlichen Direktion erstellten Aufgaben- und Tätigkeitsprofile; die Klinikvorstände hatten sich sowie ihren Mitarbeitern solche teilweise selbst vorgegeben. Im vorgelegten Entwurf (siehe TZ 20) wurden diese Aufgaben von der Ärztlichen Direktion definiert.

Zwischen dem Ärztlichen Direktor des AKH Wien und den Klinikvorständen wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen; darin war die Ausbildung der TÄ/F jedoch bisher nicht thematisiert; dies war laut Angaben der MedUni Wien⁸⁵ für künftige Zielvereinbarungen aber vorgesehen.

LKH Innsbruck

Auch am LKH Innsbruck waren die Universitätskliniken Organisationseinheiten der MedUni Innsbruck und gleichzeitig Abteilungen der Krankenanstalt; daher kam den Direktoren der sechs Universitätskliniken die Funktion der Ausbildungsverantwortlichen zu; das Department Innere Medizin, in dem diese sechs Kliniken zusammengefasst waren, hatte nur eine Koordinationsfunktion. Trotzdem unterzeichnete der Departmentdirektor die Rasterzeugnisse als Ausbildungsverantwortlicher; ab September 2014 übernahmen – wie gesetzlich vorgesehen – die Klinikleiter als Ausbildungsverantwortliche diese Aufgabe.

Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für die Ausbildungsverantwortlichen lagen nur sehr allgemein formuliert bzw. für bestimmte TÄ/F vor.⁸⁶ Zielvereinbarungen zwischen der Ärztlichen Direktorin und den Klinikdirektoren gab es im LKH Innsbruck nicht; geplant war, solche im Laufe des Jahres 2015 zu erarbeiten und die Ärzteausbildung darin zu thematisieren.

⁸⁵ Universitätsmedizin Wien 2020, Teilprojekt 3 – Betriebsführung und Unternehmenssteuerung, Ergebnis der Workshops bis zum 8. September 2014 zu den Prozessen Zielvereinbarungsgespräche

⁸⁶ z.B.: Die Betriebsvereinbarung aus 2008 „Ausbildungsverlauf der Facharztausbildung“ für die TÄ/F, die in einem privatrechtlichen Dienstverhältnis zum Land Tirol standen, legte klar, wer der Ausbildungsverantwortliche war und welche Aufgaben er zu erfüllen hatte: Erstellen eines individuellen Ausbildungsplans für jeden neuen TA/F; laufende Kontrolle der Einhaltung des Ausbildungsplans, als Grundlage für die Einhaltung des Rasterzeugnisses; Schaffung von Rahmenbedingungen in Kooperation mit dem Dienstgeber, die ein bestmögliches Erreichen der Ausbildungsziele sicherstellen.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Die Ausbildungsverantwortlichen in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten waren die jeweiligen Abteilungsleiter bzw. – im Fall der Konsiliarbildung (siehe TZ 38) – die ausbildenden Konsiliarärzte.

Umfassende Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für die Ausbildungsverantwortlichen gab es auch hier nicht. Schriftliche Zielvereinbarungen zwischen dem Ärztlichen Direktor und den Ausbildungsverantwortlichen lagen ebenfalls nicht vor.⁸⁷

- 23.2** Der RH hielt kritisch fest, dass es für die Ausbildungsverantwortlichen, die in der Praxis die größte Ausbildungsverantwortung trugen, bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung kaum von der Leitung vorgegebene (umfassende) Aufgaben- und Tätigkeitsprofile gab.

Ebenso war es aus Sicht des RH kritisch, dass schriftliche Zielvereinbarungen zwischen Ärztlichem Leiter und Klinik- bzw. Abteilungsleitern bisher entweder gar nicht vorhanden waren oder nicht für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt wurden. Auch die Unterzeichnung der Rasterzeugnisse durch den dafür nicht zuständigen Departmentdirektor am LKH Innsbruck war kritisch zu werten; positiv war jedoch die nunmehr erfolgte Änderung der Vorgangsweise zu sehen. Ebenso positiv erachtete der RH die aktuellen Bestrebungen des AKH Wien bzw. der MedUni Wien und des LKH Innsbruck etwa im Zusammenhang mit den Zielvereinbarungen zwischen der Ärztlichen Direktion und den Klinikleitern.

Der RH wertete auch die Klarstellung, wer der sogenannte Ausbildungsverantwortliche war, durch die Novelle zum ÄrzteG 1998 positiv. Er hielt jedoch fest, dass diese weiterhin keine genaue Definition der Aufgaben des Ausbildungsverantwortlichen vorsah; seine im Begutachtungsverfahren geäußerten Bedenken blieben daher aufrecht.

Um dennoch eine durchgängige und qualitätsgesicherte Organisation der Ärzteausbildung sicherzustellen, empfahl der RH dem AKH Wien, die im Entwurf (TZ 20) angeführten Zuständigkeiten des Ausbildungsverantwortlichen gegebenenfalls im Sinne der neuen Aus-

⁸⁷ Nach Angaben der Krankenanstalten wurden allerdings im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Controllinggespräche verschiedene Ziele u.a. gemäß der Zielelandkarte mit den Abteilungsleitern besprochen, wobei ein strategisches Ziel die Sicherung der medizinischen Personalkapazität war. Darüber hinaus sollen im Rahmen der Einführung der Mitarbeitergespräche Zielvorgaben besprochen werden, die auch das Thema Ausbildung beinhalten.

bildungsbestimmungen zu konkretisieren. Den anderen überprüften Krankenanstaltenträgern bzw. Krankenanstalten empfahl der RH, klare Festlegungen vorzusehen.

Angesichts der Bedeutung der Ärzteausbildung empfahl der RH weiters, diese auch in den Zielvereinbarungen zu thematisieren. Grundlage dafür sollten u.a. auch die Evaluierungsergebnisse bzw. der daraus ableitbare Handlungsbedarf (z.B. didaktische oder führungstechnische Fortbildung des Ausbildungsverantwortlichen) sein. (TZ 42, 44)

23.3 *(1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlung zu. Sie teilten mit, dass in den geplanten gemeinsamen Zielvereinbarungen des Managementboards mit den Organisations-einheitsleitern des Klinischen Bereiches auch Ausbildungsziele aufgenommen würden. Weiters werde der vom RH angeführte Entwurf im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Ärzteausbildung konkretisiert, wobei auch die Zuständigkeiten der Ausbildungsverantwortlichen klar festgelegt würden. Grundlage der Zielvereinbarungen werde die im Entwurf genannte Evaluierung sein.*

(2) Laut Stellungnahme der TILAK werde die Definition der Zuständigkeiten sowie der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der jeweiligen Beteiligten in der Ärzteausbildung (Ärztliche Direktion, Primarii, Ausbildungsverantwortliche) von einer Projektgruppe erarbeitet.

(3) Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 18 (Ausbildungsvorgaben der Krankenanstaltenträger) und TZ 19 (Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters). Darin thematisierte das Land die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern bzw. die für diese erstellten neuen Stellenbeschreibungen.

23.4 Der RH wies gegenüber der Stadt Wien und der MedUni Wien, der TILAK und der MedUni Innsbruck sowie dem Land Niederösterreich darauf hin, dass er im Rahmen seiner Stellungnahme zum Entwurf der ÄAO 2015 auch seine Kritik an der fehlenden rechtlichen Definition der Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Ausbildungsverantwortlichen wiederholt hatte und seine Bedenken aufrecht hielt. Die Anregung des RH wurde in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 nicht berücksichtigt.

Gegenüber der TILAK wiederholte der RH ferner seine Empfehlung nach einer Thematisierung der Ärzteausbildung in den Zielvereinbarungen mit den Ausbildungsverantwortlichen.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausbildungs-
assistenten
und Mentoren

Gegenüber dem Land Niederösterreich stellte der RH weiters klar, dass seine Empfehlung explizit auf den Ausbildungsverantwortlichen – und nicht auf den Ärztlichen Leiter – gerichtet war. Der RH wiederholte daher seine Empfehlung nach klaren Festlegungen hinsichtlich der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten des Ausbildungsverantwortlichen und einer Thematisierung der Ärzteausbildung in den Zielvereinbarungen mit diesen.

- 24.1** Gemäß ÄrzteG 1998 hatte der Ausbildungsverantwortliche die Möglichkeit, sich von einem Ausbildungsassistenten⁸⁸ unterstützen zu lassen.⁸⁹ An mehreren überprüften Krankenanstalten gab es auch Mentorensysteme.

AKH Wien und LKH Innsbruck

An den vom RH überprüften Kliniken für Innere Medizin am AKH Wien und am LKH Innsbruck waren Ausbildungsassistenten zur Unterstützung des Ausbildungsverantwortlichen eingesetzt.

Im AKH Wien definierte die Ärztliche Direktion gemeinsam mit der Ärztekammer Wien im Jahr 2003 Kernaufgaben des Ausbildungsassistenten; solche waren u.a. die Unterstützung des Ausbildungsverantwortlichen bei der Erstellung und Umsetzung eines Ausbildungsplans sowie die Koordination der Rotation. Art und Ausmaß der Unterstützung waren jeweils im Einzelfall durch den Ausbildungsverantwortlichen festzulegen.

Ein Mentoren-System für TÄ/F war nicht überall durchgängig installiert. Für TÄ/A des LKH Innsbruck wurde 1992 ein Ausbildungsmentoren-Modell initiiert, das die Ziele⁹⁰, das Anforderungsprofil und die Aufgabenbereiche sowie die Umsetzung in der Praxis festgelegt. Ein

⁸⁸ je nach Ausbildung zum Allgemeinmediziner oder zum Facharzt kann der Ausbildungsverantwortliche gemäß §§ 9 Abs. 5 bzw. 10 Abs. 6 ÄrzteG 1998 von einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt bzw. von einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Facharzt des jeweiligen Sonderfachs unterstützt werden.

⁸⁹ Der Begriff „Ausbildungsassistent“ war im neuen ÄrzteG nicht mehr vorgesehen. Unverändert war, dass sich der Ausbildungsverantwortliche von einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Facharzt des jeweiligen Sonderfachs unterstützen lassen konnte (§ 11 Abs. 4).

⁹⁰ Es sollten die Ausbildungsdiskrepanz vermindert, der Lernprozess der Auszubildenden individuell gefördert, die Ausbildung vereinheitlicht und durch den Kontakt mit dem Fachbereich Medizin die Ausbildungspläne laufend angeglichen werden.

neues Modell soll laut LKH Innsbruck im Zuge der Ärzteausbildung NEU realisiert werden.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

In den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten gab es außer am Standort Waidhofen keine nominierten Ausbildungsassistenten; die Unterstützung der Ausbildungsverantwortlichen oblag dem stationsführenden Oberarzt oder allen Oberärzten. Ein Mentorensystem war an keinem Standort vorgesehen.

- 24.2** Der RH stellte fest, dass die Unterstützung durch Ausbildungsassistenten bzw. Mentoren an den vom RH überprüften Krankenanstalten unterschiedlich gehandhabt wurde.

Auffallend war, dass die Ärztliche Direktion des AKH Wien bspw. die Koordination der Rotation als Kernaufgabe eines Ausbildungsassistenten definierte; an den überprüften Kliniken für Innere Medizin nahmen allerdings diese Aufgabe meist die TÄ/F selbst wahr. (TZ 28)

Gerade in großen Ausbildungsstätten (viele Mitarbeiter, umfangreiches Leistungsspektrum), aber auch vor dem Hintergrund der mit der Ärzteausbildung NEU einhergehenden erhöhten Qualitätsvorgaben empfahl der RH den überprüften Krankenanstalten, sowohl „Ausbildungsassistenten“ als auch Mentoren verstärkt einzusetzen sowie ihre Aufgaben und Zuständigkeiten schriftlich festzulegen bzw. zu aktualisieren.

- 24.3** (1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten zu, die Definition der Kernaufgaben der Ausbildungsassistenten gemeinsam zu erarbeiten.

(2) Das Land Niederösterreich teilte mit, dass der Einsatz von Mentoren angestrebt und als wünschenswert erachtet werde. Limitierender Faktor der Umsetzbarkeit seien derzeit die zeitlichen Ressourcen der ärztlichen Mitarbeiter, insbesondere die engen Spielräume des Ärztearbeitszeitgesetzes, sowie das Spannungsfeld zwischen Patientenversorgung und Ausbildung.

Logbuch

- 25.1** Die gesetzlich vorgesehenen Rasterzeugnisse (TZ 2) definierten die von den Turnusärzten erfolgreich zu absolvierenden Lerninhalte; diese waren zum Teil aber sehr allgemein und unscharf formuliert. Um genau festzulegen, welche Lerninhalte in der Ausbildung vermittelt werden sollten, wurde in der Literatur und in der Praxis ein Logbuch als zweck-

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

mäßig erachtet⁹¹. Das Logbuch soll dem Lernenden sowie dem Ausbildungsverantwortlichen einen Überblick über die Lernziele und Lerninhalte bzw. deren Absolvierung während der gesamten Ausbildungszeit geben.

Der RH überprüfte daher, ob an den Kliniken bzw. Abteilungen für Innere Medizin Logbücher vorlagen, ob es geeignete Kontrollmechanismen gab und ob Logbücher als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen wurden. Der RH stellte in diesem Zusammenhang Folgendes fest:

AKH Wien

Die drei Universitätskliniken für Innere Medizin (KIM) hatten gemeinsam ein einheitliches Logbuch⁹² erarbeitet, welches seit Oktober 2010 an alle TÄ/F bei Eintritt ausgegeben wurde. Das Logbuch spezifizierte jedoch das Rasterzeugnis kaum, sondern deckte sich über weite Strecken mit diesem; es war lediglich ergänzt um die Dokumentation der absolvierten Rotationen und die Möglichkeit, für bestimmte Untersuchungen⁹³ die Anzahl einzutragen. Im Logbuch Innere Medizin waren weder Fallzahlen noch zu erreichende Kompetenzniveaus⁹⁴ vorgegeben.

Die Klinikleiter als Ausbildungsverantwortliche gaben zwar an, die Logbücher als Grundlage für die Ausstellung von Rasterzeugnissen heranzuziehen, Kopien der Logbücher wurden an den Universitätskliniken allerdings nicht archiviert. Die KIM III nahm nach eigenen Angaben seit Ende September 2014 eine Archivierung vor.

Zusätzlich wurden an den klinischen Abteilungen für Innere Medizin verschiedene Dokumente verwendet, die ebenfalls die Lerninhalte detailliert beschrieben.⁹⁵

⁹¹ vergleiche Birner, Ärzteausbildung, Sigmund Freud PrivatUniversitäts Verlag, 2010, S. 68 und durchgeführte Evaluierungen der Ärzteausbildung im Auftrag der Landesärztekammern

⁹² unter dem Titel Ausbildungs- und Rotationsregister

⁹³ wie bspw. Ergometrie oder Endoskopie

⁹⁴ Kompetenzniveaus legen fest, ob ein Lerninhalt bspw. nur gesehen oder praktisch beherrscht werden muss.

⁹⁵ Beispielsweise erhielten die TÄ/F an der Hämatologie das European Hematology Curriculum, welches zu erlernende Krankheitsbilder und zu erreichende Kompetenzniveaus enthielt. Die Klinische Abteilung für Angiologie verfügte über ein Blaubuch Angiologie in dem neben Allgemeinem und Organisatorischem die wichtigsten angiologische Krankheitsbilder ausgeführt waren.

Eine schriftliche Anweisung der Ärztlichen Direktion bzw. der Klinikleiter an ihre Ärzte, die jeweiligen Inhalte nach deren Absolvierung mit Unterschrift zu bestätigen, lag zur Zeit der Einschau vor Ort nicht vor.⁹⁶ Dem vorgelegten Entwurf zufolge (siehe TZ 20) sollen künftig Logbücher jedoch verpflichtend geführt und Ausbildungsinhalte darin vom jeweils zuständigen Ausbilder bestätigt werden. Auch war vorgesehen, dass die Logbücher zusammen mit den Rasterzeugnissen der Ärztlichen Direktion zu übermitteln waren, welche die Archivierung vornahm.

LKH Innsbruck

Auch im LKH Innsbruck gab es Logbücher:

(1) Das Logbuch der TÄ/A brach die Anforderungen des Rasterzeugnisses auf konkrete Krankheitsbilder, Beschwerden und Fertigkeiten und die jeweils zu erlangenden Kompetenzniveaus hinunter⁹⁷. Die Teilnahme an innerklinischen Fortbildungen war ebenfalls im Logbuch zu vermerken. Im Bereich der Inneren Medizin waren keine Fallzahlen vorgegeben, für andere Fachrichtungen⁹⁸ hingegen schon.

Das Logbuch war verpflichtend zu führen und musste nach Absolvierung eines Ausbildungsabschnitts an das AZW übermittelt werden. In der Stammdatei des Turnusarztes wurde sodann vermerkt, dass das Logbuch gesehen wurde. Es verblieb aber keine Kopie des Logbuchs im AZW.

Das Logbuch wurde jedoch nicht durchgängig von allen Ausbildungsverantwortlichen als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen.

(2) Im Logbuch für TÄ/F am Department Innere Medizin waren für die theoretischen Kenntnisse sowie für die Fertigkeiten und Erfahrungen zu erreichende Kompetenzniveaus definiert. Für den Bereich „Fertigkeiten und Erfahrungen“ war überdies die notwendige Fallzahl angeführt.

⁹⁶ Die KIM II hatte seit Herbst 2014 eine „Checkliste“ in Verwendung, die festlegte, welche Unterlagen dem neu eintretenden TÄ/F zu übergeben waren (u.a. das Logbuch).

⁹⁷ Ausbildungsinhalte für das Fach Allgemeinmedizin waren nicht im Logbuch enthalten.

⁹⁸ wie bspw. Dermatologie, Neurologie und Psychiatrie

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Am Department für Innere Medizin gab es keine Vorgabe, dass nur bei Vorliegen des vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Logbuchs ein Rasterzeugnis ausgestellt werden durfte.⁹⁹

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Das von der NÖ Landeskliniken– Holding in Arbeitsgruppen¹⁰⁰ entwickelte Logbuch für TÄ/A enthielt für jedes klinische Fach¹⁰¹, das ein TÄ/A durchlaufen musste, konkrete Ausbildungsinhalte und zu erlangende Kompetenzniveaus. Zu erreichende Fallzahlen waren keine vorgegeben.

Das Logbuch wurde an den Abteilungen für Inneren Medizin der überprüften niederösterreichischen Krankenhäuser nicht durchgängig verwendet. Es stellte keine Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse dar. Eine Kontrolle der Anwendung des Logbuchs und der Checkliste seitens der NÖ Landeskliniken– Holding gab es wie erwähnt nicht. (TZ 18)

Evaluierungen wurden bislang noch keine durchgeführt; eine Umfrage im Jahr 2012 ergab, dass das Logbuch in der vorliegenden Form teilweise als wenig praktikabel erachtet wurde. Als Reaktion auf die Umfrageergebnisse wurden bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung jedoch keine Maßnahmen gesetzt.

(2) Für die Ausbildung der TÄ/F der Inneren Medizin gab es weder von der NÖ Landeskliniken– Holding noch seitens der Ärztlichen Direktion bzw. der Abteilungen der überprüften Krankenhäuser ein Logbuch.

25.2 (1) Der RH anerkannte, dass alle überprüften Krankenanstalten, die TÄ/A ausbildeten über ein Logbuch für TÄ/A verfügten, ohne hiezu verpflichtet zu sein.

⁹⁹ Die Ausfertigung der Rasterzeugnisse erfolgt nach der Überprüfung der Ausbildungszeiten und Rotationszuteilungen nunmehr durch die Ausbildungsverantwortlichen des Departments.

Im Mai 2014 wurde in der Direktorenkonferenz der Inneren Medizin beschlossen, dass die jeweiligen Ausbildungsinhalte im Logbuch von jenen Klinikleitern zu unterzeichnen waren, die diese Inhalte vermittelten. Eine Archivierung der Logbücher war aber weiterhin nicht vorgesehen.

¹⁰⁰ bestehend aus den Abteilungsleitern der betroffenen Sonderfächer

¹⁰¹ Ausbildungsinhalte für das Fach Allgemeinmedizin waren nicht im Logbuch enthalten.

Kritisch sah er jedoch insbesondere, dass das Logbuch für TÄ/A in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten nicht durchgängig verwendet wurde, entsprechende Kontroll- bzw. Evaluierungsmechanismen mit anschließender Maßnahmensetzung fehlten und die Logbücher nicht als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen wurden.

Auch im LKH Innsbruck wurde das Logbuch für TÄ/A nicht durchgängig von allen Ausbildungsverantwortlichen als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen; positiv sah der RH jedoch, dass das Logbuch verpflichtend zu führen war und entsprechende Kontrollen stattfanden, auch wenn eine Archivierung von Kopien unterblieb.

(2) Was die Facharztausbildung betrifft anerkannte der RH, dass die Kliniken für Innere Medizin des AKH Wien und des LKH Innsbruck über Logbücher verfügten. Ausgehend davon, dass ein Logbuch die Inhalte der Rasterzeugnisse genauer spezifizieren bzw. die Lerninhalte und -ziele definieren soll, erfüllte das Logbuch der Kliniken für Innere Medizin des AKH Wien diesen Zweck nach Auffassung des RH nicht ausreichend.

Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fehlten sowohl am AKH Wien als auch am LKH Innsbruck für die TÄ/F-Logbücher für den RH nachvollziehbare Kontrollmechanismen bzw. -vorgaben. Diesbezüglich wertete der RH die aktuellen Bestrebungen des AKH Wien positiv.

Kritisch sah der RH weiters, dass für die Facharztausbildung Innere Medizin in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten – anders als am AKH Wien und am LKH Innsbruck – keine Logbücher vorlagen.

(3) Der RH erachtete Logbücher als zentral für die kontinuierliche Qualitätssteuerung in der Ausbildung und empfahl unter Berücksichtigung der mit der Ärzteausbildung NEU erfolgten Änderungen dem BMG – zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger –, gemeinsam mit der ÖÄK Musterlogbücher (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Specialist Qualifications¹⁰²) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln.

Auf Basis der Musterlogbücher empfahl er dem AKH Wien, dem LKH Innsbruck bzw. der TILAK und der NÖ Landeskliniken–Holding, Logbücher für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu erstellen bzw. zu überarbeiten.

(4) Für einen zweckmäßigen und konsequenten Einsatz der Logbücher empfahl der RH den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern Folgendes:

AKH Wien

Dem AKH Wien empfahl der RH, den vorgelegten Entwurf um die Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion und die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen, zu ergänzen.

LKH Innsbruck, LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Dem LKH Innsbruck und der NÖ Landeskliniken–Holding empfahl der RH ferner, zentrale Rahmenvorgaben des Ärztlichen Leiters/des Trägers für die Verpflichtung der Universitätskliniken bzw. Abteilungen, Logbücher zu verwenden. Diese Rahmenvorgaben sollten den Umgang mit dem Logbuch (z.B. Unterzeichnung der jeweils absolvierten Ausbildungsteile durch den Ausbilder, Archivierung von Kopien etc.) regeln, die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen enthalten, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen sowie einen geeigneten Kontrollmechanismus¹⁰³ durch die Ärztliche Direktion zur Überprüfung

¹⁰² Die Europäische Vereinigung von Fachärzten (Union Européenne des Médecins Spécialistes, UEMS) gründete 2008 mit dem European Council for Accreditation of Medical Specialists Qualification (ECAMSQ) eine internetbasierte Weiterbildungsplattform für Akkreditierung von Wissen, Fertigkeiten und Professionalität. Dieses hat u.a. kompetenzbasiertes Lernen zum Ziel und arbeitete 2011 an einem Pilotprojekt zu regelmäßigen arbeitsplatzbasierten Überprüfungen (mittels Multiple-Choice Fragen und direkter Beobachtung von praktischen Fertigkeiten). Weiters arbeitete ECAMSQ an der Entwicklung eines E-Portfolios, welches die Beurteilung der erlangten medizinischen Kompetenzen unterstützen soll.

¹⁰³ beispielsweise stichprobenartige Überprüfung der Logbücher bei Unterfertigung der Rasterzeugnisse durch die Ärztliche Direktion

der Einhaltung dieser Rahmenvorgaben festlegen. Für den Fall, dass Logbücher für TÄ/F dezentral entwickelt werden, sollte deren Freigabe durch die Ärztliche Direktion vorgesehen werden.

25.3 (1) *Das BMG teilte mit, dass die ÖÄK gemäß ÄrzteG 1998 eine Verordnung über die Ausgestaltung und Form einschließlich der Einführung von Ausbildungsbüchern, der sogenannten „Logbücher“, zu erlassen habe. Auch sei dieses Thema in der Kommission für die ärztliche Ausbildung besprochen worden.*

(2) Die Stadt Wien und die MedUni Wien teilten mit, dass im vorliegenden Entwurf der Ärztlichen Direktion bereits festgehalten sei, dass Logbücher, welche die Inhalte der Rasterzeugnisse spezifizieren und über die Bestätigung des jeweiligen Mentors als Grundlage für die Rasterzeugnisse herangezogen würden, zukünftig verpflichtend geführt werden müssten. Die Archivierung dieser Logbücher sei gemeinsam mit der Archivierung der Rasterzeugnisse in der Ärztlichen Direktion vorgesehen.

Die Stadt Wien teilte weiters mit, dass künftig auch ein Kontrollmechanismus im Rahmen von regelmäßigen internen Audits geplant sei. Abgesehen von der Spezifizierung der Lernziele würden gegebenenfalls auch Fallzahlen und vor allem das Kompetenzniveau im Rahmen dieser Logbücher festgehalten. Die empfohlene Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion werde seitens der TU-AKH Wien aufgrund des hohen Verwaltungsaufwands und der Ansicht, dass dies im Verantwortungsbereich der Ausbildungsverantwortlichen liege, kritisch gesehen. Innerhalb der bereits genannten Audits werde jedoch sowohl das Vorliegen als auch die Qualität der Logbücher kontrolliert.

Die MedUni Wien teilte ferner mit, sie werde ihre Expertise im Umgang mit Logbüchern im Rahmen des Diplomstudiums der Humanmedizin (insbesondere im Klinisch Praktischen Jahr) einbringen.

(3) Laut Stellungnahme der TILAK seien derzeit bereits Logbücher in den Organisationseinheiten der TILAK in Verwendung. Es sei abzuklären, welche Inhalte auf die neuen Logbücher übertragen werden könnten. Die Neufassung der Logbücher sei an den Musterlogbüchern des BMG und der Ärztekammer auszurichten. Der Themenbereich werde von der auch für die Ausbildungskonzepte zuständigen Projektgruppe erarbeitet.

(4) Das Land Niederösterreich teilte mit, dass laut Ärztekammervertretern die Erarbeitung von Logbüchern durch die Fachgruppen in Planung sei, welche – sobald verfügbar – verwendet würden. Gemeinsam mit Primärärzten der niederösterreichischen Klinikstandorte sei derzeit

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

ein Skriptum über Ausbildungsinhalte der Basisausbildung in Ausarbeitung; für Ausbildungsinhalte, die in der Klinikroutine schwer vermittelbar seien, würden Workshops entwickelt, die regelmäßig in jeder Region angeboten würden. Laut informeller Information der Ärztekammer und des BMG würden die Logbücher durch die Auszubildenden selbst zu führen sein und sowohl den in Ausbildung stehenden Ärzten als auch den Ausbildungsverantwortlichen als Hilfestellung dienen. Es werde davon ausgegangen, dass seitens der Fachgruppen, welche die Ausbildungscurricula festlegten und dafür die Logbücher herausgeben würden, eine Anleitung gegeben werde, wie diese zu handhaben und in der täglichen Praxis zu verwenden seien. Daran würden sich die Betroffenen halten.

- 25.4** Der RH wies gegenüber dem BMG, den Trägern der überprüften Krankenanstalten und den beiden Medizinischen Universitäten darauf hin, dass er im Rahmen der Begutachtung der ÄAO 2015 sowie der KEF und RZ VO 2015 angeregt hatte, die verpflichtende Führung von Logbüchern vorzusehen. Eine solche sowie eine Definition der Logbücher waren in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 nicht vorgesehen.

Weiters hatte der RH zum Entwurf der KEF und RZ VO 2015 festgestellt, dass Logbücher für die kontinuierliche Qualitätssteuerung in der Ärzteausbildung von zentraler Bedeutung waren.

Um eine begleitende Kontrolle zu ermöglichen und die Nachvollziehbarkeit der Vermittlung der jeweils erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Detail sicherzustellen, sollte ein Logbuch nach Ansicht des RH die Inhalte der Rasterzeugnisse genauer spezifizieren bzw. die Lerninhalte und -ziele konkret definieren. Aus Transparenzgründen sollte das Logbuch – je nach Fachrichtung gemeinsam mit der Dokumentation der durchgeführten Operationen, Untersuchungen etc. – auch dem Rasterzeugnis beigelegt werden müssen. Im Sinne dieses Anspruchs an ein Logbuch hatte der RH in der Verordnungsbegutachtung daher angeregt, eine entsprechende Definition der Logbücher vorzusehen, um – im Sinne einer qualitätsgesicherten Ärzteausbildung – österreichweit eine einheitliche Vorgangsweise zu gewährleisten.

Darüber hinaus hatte er im Rahmen der Begutachtung die Aufnahme von Musterlogbüchern (für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung), die von der ÖÄK und dem BMG gemeinsam entwickelt werden sollten, in die KEF und RZ VO 2015 für zweckmäßig erachtet.

Dem BMG gegenüber wies der RH weiters auf die Stellungnahme des Landes Niederösterreich hin, wonach – laut Ärztekammer – die Erarbeitung von Logbüchern durch die Fachgruppen in Planung sei, welche – sobald verfügbar – verwendet würden; das Land gehe auch davon aus, dass es eine Anleitung für den Umgang mit den Logbüchern geben werde. Hier bestand somit Handlungsbedarf des BMG.

Der Stadt Wien und der MedUni Wien gegenüber stellte der RH klar, dass er die Aufnahme von Richtzahlen in die Logbücher für wesentlich erachtete, um den Ausbildungserfolg kontinuierlich überprüfen zu können. Bezüglich der Bedenken der Stadt Wien im Zusammenhang mit der Freigabe von Logbüchern durch die Ärztliche Direktion verwies der RH auf die Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters und erachtete im Sinne einer qualitätsgesicherten Ärzteausbildung eine Freigabe der Logbücher durch den Ärztlichen Leiter als erforderlich, um eine einheitliche Vorgangsweise sicherzustellen. Dabei stellte der RH klar, dass sich seine Empfehlung auf die Freigabe der für die Basisausbildung und die einzelnen Facharztausbildungen jeweils erstellten „Logbücher-Vordrucke“ bezog, nicht aber auf die individuell vom Ausbildungsverantwortlichen bzw. Turnusarzt bereits ausgefüllten Logbücher.

Der TILAK und dem Land Niederösterreich gegenüber wiederholte der RH vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Krankenanstaltenträgers bzw. der Krankenanstalt das Erfordernis zentraler Rahmenvorgaben für den zweckmäßigen und konsequenten Umgang mit den Logbüchern, auch wenn (noch) keine weiterführenden Grundlagen vorlagen. Weiters wies er – zur Gewährleistung einer einheitlichen Vorgangsweise – erneut auf die Notwendigkeit der Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion hin.

Dem Land Niederösterreich gegenüber stellte der RH ferner klar, dass seine Empfehlung – vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Krankenanstaltenträgers bzw. der Krankenanstalt – darauf gerichtet war, dass Logbücher für alle ärztlichen Ausbildungsphasen (Basisausbildung, allgemeinmedizinische Ausbildung und Facharztausbildung) erstellt und verwendet werden, dies auch dann wenn (noch) keine Musterlogbücher vorliegen.

Ausbildungskonzept **26.1** (1) Das neue ÄrzteG sah erstmals vor, dass Ausbildungsstätten als Anerkennungserfordernis ein schriftliches Ausbildungskonzept vorlegen mussten (für die nach der neunmonatigen Basisausbildung erfolgende Ärzteausbildung). Der RH hatte im Begutachtungsverfahren angeregt,

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

den Begriff Ausbildungskonzept zu definieren; diesem Hinweis wurde im weiteren Gesetzgebungsprozess nicht entsprochen.

(2) Ein Ausbildungskonzept sollte abteilungsspezifisch u.a. schriftlich festlegen, auf welche Weise und in welcher Abteilungsstruktur die jeweiligen Ausbildungsinhalte zum Allgemeinmediziner bzw. in einem Sonderfach konkret vermittelt werden sollen und wer der jeweilige Ausbildungsverantwortliche ist.¹⁰⁴ Im Unterschied dazu sollte ein Ausbildungsplan (TZ 27, 28) schon zu Ausbildungsbeginn die zeitliche Abfolge – idealerweise – aller Ausbildungsabschnitte festlegen.

(3) Da sich auch in der Literatur keine klare Definition des Begriffs Ausbildungskonzept fand, waren auch die dem RH im Rahmen der Gebarungsüberprüfung als Ausbildungskonzept vorgelegten Dokumente sehr unterschiedlich; sie reichten von einer bloßen Auflistung der verpflichtenden theoretischen Ausbildungsmodule bis hin zu relativ umfassenden Regelungen.

Angesichts dessen identifizierte der RH aufgrund von Erhebungen, Beispielen konkreter Ausbildungskonzepte und dem Musterkonzept der ÖÄK¹⁰⁵ folgende Inhalte als zweckmäßig:

- Einführung in die Abteilungs-¹⁰⁶ und Personalstruktur
- angewandte Lehrmethoden¹⁰⁷
- zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte samt zeitlichem Rahmen
- abteilungsinterne Rotationen¹⁰⁸
- konkrete Fortbildungsplanung

(4) Der RH überprüfte an den vier Krankenanstalten, ob schriftliche Ausbildungskonzepte für die Turnusärzte vorlagen, diese die vom RH als zweckmäßig identifizierten Inhalte festlegten und ob diese verpflichtend waren:

¹⁰⁴ vergleiche Birner, Ärzteausbildung, 2010, S. 46

¹⁰⁵ vom Juni 2013

¹⁰⁶ Tagesablauf/Dienstablauf

¹⁰⁷ wie bspw. Bed-Side Teaching, Morgenbesprechung, eigenverantwortliches Führen von Betten

¹⁰⁸ beispielsweise Tätigkeiten der TÄ/A und TÄ/F in den bettenführenden Stationen, in den Ambulanzen und im OP-Bereich

AKH Wien und LKH Innsbruck

Vor allem im AKH Wien gab es eine Vielzahl an Einzeldokumenten, die unterschiedlich strukturiert waren und unterschiedliche Geltungsbereiche vorsahen.

Die vom AKH Wien und vom LKH Innsbruck vorgelegten Dokumente der Inneren Medizin deckten – insgesamt betrachtet – folgende Teilbereiche eines Ausbildungskonzepts ab:

Tabelle 9: Teilbereiche eines schriftlichen Ausbildungskonzepts für TÄ/A und TÄ/F an der Inneren Medizin am AKH Wien und LKH Innsbruck

Ausbildungskonzept	AKH Wien	LKH Innsbruck
	TÄ/F ¹	TÄ/A und TÄ/F
Einführung in die Abteilungs- und Personalstruktur	ja	ja
Lehrmethode bzw. Art der Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten	ja	nein
zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte samt zeitlichem Ausmaß	nein	nein
abteilungsinterne Rotation	nein	nein
konkrete Fortbildungsplanung	ja	ja

¹ Am AKH Wien wurden im Überprüfungszeitraum keine TÄ/A ausgebildet.

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; AZW

Wie die Tabelle zeigt, enthielt keines der Dokumente Angaben betreffend zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte und zur abteilungs-internen Rotation; Letztere fand nach Angaben der Klinikleiter in der Praxis statt. Am AKH Wien gab es weiters ein Dokument, das die Art der Vermittlung theoretischer Kenntnisse und praktischer Fertigkeiten allgemein formulierte.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Mit Ausnahme des Standorts Waidhofen, wo 2013 ein Leitfaden für TÄ/A erstellt wurde, lagen weder für TÄ/A noch für TÄ/F schriftliche Ausbildungskonzepte an den Abteilungen für Innere Medizin vor. Dieser Leitfaden deckte folgende Teilbereiche eines Ausbildungskonzepts im Sinne der RH-Definition ab:

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Tabelle 10: Teilbereiche eines schriftlichen Ausbildungskonzepts TÄ/A – Standort Waidhofen

Ausbildungskonzept für TÄ/A	Vorliegen
Einführung in die Abteilungs- und Personalstruktur	ja
Lehrmethode bzw. Art der Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten	nein
zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte samt zeitlichem Ausmaß	ja
abteilungsinterne Rotation	teilweise ¹
konkrete Fortbildungsplanung	nein

¹ Die Zuteilungen zu den jeweiligen Stationen der Inneren Medizin in Monaten war geregelt, die Zuteilung zu den Ambulanzen hingegen nicht.

Quelle: Leitfaden für Turnusärzte Interne Abteilung

Darüber hinaus gab es in Einzelfällen unterschiedlich strukturierte – abteilungsspezifische – Dokumente, die ebenfalls organisatorische und inhaltliche Ausbildungselemente enthielten. Eine abteilungsinterne Rotation fand nach Angaben der Abteilungsleiter in der Praxis statt.

(4) Eine Anweisung des Krankenanstaltenträgers bzw. der Ärztlichen Direktion hinsichtlich der Ausgestaltung und der verpflichtenden Anwendung von schriftlichen Ausbildungskonzepten lag an keiner der überprüften Krankenanstalten vor; das LKH Innsbruck plante jedoch solche Vorgaben sowohl für TÄ/A als auch für TÄ/F im Rahmen der Ärzteausbildung NEU.

26.2 Der RH erachtete ein Ausbildungskonzept als zentrales Instrument für die Qualitätssicherung in der Ärzteausbildung, weil es der Orientierung dient und eine beidseitige Verpflichtung (des Ausbildungsverantwortlichen und des Turnusarztes) darstellt.

Er hielt daher kritisch fest, dass in fast allen überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten Dokumente im Sinne eines schriftlichen Ausbildungskonzeptes fehlten. Weiters sah er das Fehlen von entsprechenden Vorgaben in allen überprüften Krankenanstalten kritisch.

Die Bemühungen des AKH Wien, des LKH Innsbruck und des Standortes Waidhofen um solche Konzepte wertete der RH positiv. Aus seiner Sicht bestand jedoch Ergänzungsbedarf bzw. – vor allem am AKH Wien – Strukturierungsbedarf.

Aufgrund der zentralen Bedeutung von Ausbildungskonzepten für eine qualitätsgesicherte Ärzteausbildung sah der RH ferner kritisch, dass das Vorliegen eines solchen bislang gesetzlich nicht vorgeschrieben war;

er wertete daher grundsätzlich positiv, dass die Ärzteausbildung NEU ein Ausbildungskonzept verpflichtend vorsah.

Insbesondere im Hinblick auf die im Rahmen der Gebarungsüberprüfung deutlich hervorgekommenen unterschiedlichen Interpretationen hielt der RH allerdings kritisch fest, dass eine Definition des Ausbildungskonzepts im neuen ÄrzteG fehlte; er hielt daher seine Bedenken aufrecht.

Zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger empfahl der RH dem BMG gemeinsam mit der ÖÄK, Muster-Ausbildungskonzepte (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharzt Ausbildung zu entwickeln.

Den überprüften Krankenanstalten (im konkreten Fall den Kliniken bzw. Abteilungen) empfahl der RH, auf Basis dieser Musterkonzepte die Ausbildungskonzepte für die verschiedenen Ausbildungsphasen zu erstellen bzw. den Anforderungen der Ärzteausbildung NEU anzupassen. Weiters empfahl er den Krankenanstalten bzw. deren Trägern, den Umgang mit den Ausbildungskonzepten in den Kliniken bzw. Abteilungen einheitlich zu regeln sowie die Umsetzung der Vorgaben und die Aktualität der Ausbildungskonzepte regelmäßig zu überprüfen.

26.3 (1) *Das BMG wies allgemein darauf hin, dass dieses Thema auch in der Kommission für die ärztliche Ausbildung besprochen worden sei.*

(2) *Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlung zu. In Folge der Novelle des ÄrzteG 1998 müssten die Anerkennung aller Ausbildungsstätten neu beantragt und im Rahmen dieser Beantragung auch ein schriftliches Ausbildungskonzept vorgelegt werden.*

In der vorhandenen Arbeitsanweisung zur Genehmigung von Ausbildungsstätten sei festgelegt, dass die Anträge für Ausbildungsstätten auf Plausibilität geprüft würden. Im Rahmen dieser Plausibilitätsprüfung werde zukünftig auch das Vorliegen eines schriftlichen Ausbildungskonzepts geprüft. Die vom RH empfohlene Vorgabe zur klaren Strukturierung des Ausbildungskonzepts werde innerhalb des Gremiums zur Ärzteausbildung am AKH Wien definiert. In weiterer Folge würden die Umsetzung der Vorgaben, die Aktualität des Ausbildungskonzepts sowie die Umsetzung in die Praxis im Rahmen der genannten Audits und Evaluierungen zukünftig überprüft werden.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

(3) Laut Stellungnahme der TILAK sei im Rahmen der Anerkennung als Ausbildungsstätte der Nachweis über ein schriftliches Ausbildungskonzept zu führen. Im Zuge dessen würden die bestehenden Ausbildungskonzepte – sobald die Vorlage der ÖAK/des BMG verfügbar sei – überarbeitet. Ziel sei es, einheitlich gestaltete Ausbildungskonzepte für alle Sonderfachrichtungen und die Allgemeinmedizin zu erstellen. Hierzu werde eine Projektgruppe mit Vertretern der Ärztlichen Direktionen sowie ausgewählten Primärärzten eingerichtet. Ein einheitlicher Workflow und entsprechender personeller Support sollten die Umsetzung ermöglichen.

Die Ausbildungskonzepte würden im Laufe des Jahres 2015 überarbeitet. Das Projekt sei mit der Anerkennung aller Ausbildungsstätten an der TILAK abgeschlossen (1. März 2016).

(4) Das Land Niederösterreich teilte mit, dass die Einreichung eines Ausbildungskonzepts bei der Ärztekammer nunmehr Voraussetzung für die Zuerkennung der Ausbildungsstellen sei. Die Konzepte würden demnach von der Ausbildungskommission der Ärztekammer im Rahmen dieses Zertifizierungsverfahrens geprüft und im Rahmen der alle sieben Jahre stattfindenden Rezertifizierungen evaluiert. Der Umgang mit den Konzepten sei somit Regelungsgegenstand der ÄAO-Novelle.

Weiters führte das Land Niederösterreich aus, dass im Zuge der Beantragung der Ausbildungsstellen und der Anerkennung der Ausbildungsstätten für die Ärzteausbildung NEU laufend in allen Gremien die Abteilungsleitungen und Ärztlichen Direktoren über die Vorgabe der Erstellung von Ausbildungskonzepten informiert und mit der Vorbereitung derselben beauftragt würden. In Abstimmung zwischen Kliniken, Holdingzentrale und Ärzteausbildungskommission der Ärztekammer würden die Konzepte im Bewilligungsverfahren voraussichtlich bis Frühjahr 2016 geschärft und an das in Aussicht gestellte Muster angepasst.

- 26.4** Der RH hielt gegenüber dem BMG, den überprüften Krankenanstalten-trägern und den beiden Medizinischen Universitäten fest, dass – wie er auch im Rahmen seiner Stellungnahme zum Entwurf der ÄAO 2015 festgestellt hatte – eine rechtliche Definition des Ausbildungskonzepts wesentlich war. Eine solche fehlte auch in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015.

Gegenüber dem BMG wiederholte der RH nachdrücklich seine Empfehlung, gemeinsam mit der ÖÄK Muster-Ausbildungskonzepte für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln; nur dadurch kann nach Ansicht des

RH eine einheitliche Vorgangsweise bei der Genehmigung von Ausbildungsstätten durch die ÖÄK und in weiterer Folge eine qualitätsgesicherte Ärzteausbildung sichergestellt werden. Weiters wies der RH das BMG auf die Ausführungen der TILAK sowie des Landes Niederösterreich hin, wonach diese ihre Ausbildungskonzepte den Muster-Ausbildungskonzepten anpassen würden.

Gegenüber der TILAK sowie dem Land Niederösterreich wies der RH auf die dreistufige Verantwortlichkeit (Krankenanstaltenträger, Ärztlicher Leiter, Ausbildungsverantwortlicher) hin; er betonte, dass nicht nur die Erstellung von Ausbildungskonzepten, sondern auch die Gewährleistung der konsequenten Umsetzung der Konzepte in der Verantwortung der Krankenanstalten bzw. deren Träger lag. Der RH wiederholte daher seine Empfehlung, den Umgang mit den Ausbildungskonzepten in den Kliniken bzw. Abteilungen einheitlich zu regeln sowie die Umsetzung der Vorgaben und die Aktualität der Ausbildungskonzepte regelmäßig zu überprüfen.

Rotation und Ausbildungsplan

Rechtliche Rahmenbedingungen

27.1 (1) Im Rahmen der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Ärzteausbildung waren Rotationen bzw. deren Organisation von wichtiger Bedeutung, weil TÄ/A im Rahmen ihrer mindestens 36-monatigen Ausbildung viele verschiedene Fachbereiche durchlaufen mussten. Auch in der Facharztausbildung waren Rotationen von wesentlicher Bedeutung, um alle Fächer bzw. Ausbildungsinhalte abdecken zu können. In der Regel gab es abteilungsüberschreitende (innerhalb einer Krankenanstalt bzw. eines Standorts) und krankenanstaltenüberschreitende Rotationen.

- Die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin beinhaltete zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nach § 8 ÄAO zumindest folgende acht verschiedene Fächer: Innere Medizin (zwölf Monate¹⁰⁹); Allgemeinmedizin (sechs Monate); Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendheilkunde (jeweils: vier Monate); Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (HNO), Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Neurologie oder Psychiatrie (jeweils: zwei Monate).

¹⁰⁹ Darauf höchstens drei Monate Wahlfach anrechenbar. Folgende Wahlfächer waren möglich: Anästhesiologie und Intensivmedizin, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde und Optometrie, Lungenkrankheiten, Nuklearmedizin, Radiologie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation, Strahlentherapie-Radioonkologie, Urologie

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

- Für die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin war in der ÄAO – im Unterschied zu fast allen anderen Sonderfächern – grundsätzlich keine verpflichtende Rotation vorgesehen¹¹⁰, außer die jeweilige Abteilung erhielt nur eine Teilanerkennung für die Facharztausbildung. Darüber hinaus sahen Krankenanstalten zum Teil selbst Rotationsregeln vor.

(2) Die Novelle zum ÄrzteG 1998 sah vor, dass die Krankenanstaltenträger den TÄ/A und TÄ/F nach Beendigung der Basisausbildung einen Ausbildungsplan für die weitere praktische Ausbildung vorlegen mussten¹¹¹.

Auch in der Ärzteausbildung NEU werden Rotationen von großer Bedeutung sein. Zum einen werden die klinischen Basiskompetenzen in der Basisausbildung auch an mehr als nur einer Abteilung zu erwerben sein (abteilungsübergreifende Rotation). Auch bei der darauf aufbauenden allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Ausbildung wird es u.a. aufgrund der Neugestaltung der Ausbildungsinhalte möglicherweise vermehrt zu Teilanerkennungen kommen. Beides wird krankenanstaltsüberschreitende Rotationen häufiger notwendig machen. Hinzu kommt, dass das BMG in manchen Sonderfächern der Facharztausbildung auch Pflichtrotationen verordnen kann.¹¹²

Gegenüber der „alten“ Rechtslage brachte das neue ÄrzteG betreffend Rotationen noch weitere Herausforderungen für die Krankenanstalten bzw. deren Träger mit sich. Bisher war für TÄ/A keine Limitierung durch Ausbildungsstellen (sondern nur Mindestzahlen durch den „Bettenschlüssel“) vorgesehen; auch für die Nebenfachausbildung für TÄ/F waren keine eigens dafür genehmigten Ausbildungsstellen erforderlich.¹¹³ Im Rahmen der Ärzteausbildung NEU kann sowohl von TÄ/A als auch von TÄ/F nur mehr auf genehmigte Ausbildungsstellen rotiert werden, wodurch Engpässe entstehen können.

(3) Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wertete der RH die Einführung eines Ausbildungsplans grundsätzlich positiv; er erachtete aber eine Definition der konkreten Inhalte eines Ausbildungsplans als erforderlich. Unklar war bspw., ob der Ausbildungsplan etwa auch die verpflichtende Lehrpraxis und – gegebenenfalls – die Konsiliarbildung (TZ 28, 38) umfassen muss.

¹¹⁰ Es bestand aber die Möglichkeit, für TÄ/F der Inneren Medizin ein freiwilliges Wahlfach im Ausmaß von bis zu zwölf Monaten zu absolvieren.

¹¹¹ vergleiche § 11 Abs. 2 Novelle zum ÄrzteG 1998

¹¹² Im neuen ÄrzteG waren diese Fächer noch nicht vorgesehen, eine diesbezügliche Regelung soll in der ÄAO erfolgen.

¹¹³ § 10 Abs. 1 ÄrzteG 1998

Darüber hinaus hielt es der RH auch für zweckmäßig, das Vorliegen eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung für eine Ausbildungsstätte vorzusehen. Beides wurde in der letztlich beschlossenen Novelle nicht berücksichtigt.

- 27.2** Im Interesse einer besseren Planbarkeit der Ausbildung wertete der RH die Einführung eines Ausbildungsplans grundsätzlich positiv. Der RH hielt jedoch fest, dass das neue ÄrzteG keine Definition des Ausbildungsplans enthielt, wodurch viele Fragen offen blieben; seine im Begutachtungsverfahren geäußerten Bedenken blieben daher aufrecht.

Der RH empfahl dem BMG, darauf hinzuwirken, dass der Ausbildungsplan in den rechtlichen Vorgaben (im ÄrzteG 1998 oder in der ÄAO) genauer definiert wird. Für zukünftige Anerkennungsverfahren sollte auch das Vorliegen eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung normiert werden, um einen reibungslosen Ablauf der Ausbildung sicherzustellen.

Weiters empfahl er dem BMG, bis dahin eine Klarstellung über Inhalt und Umfang des Ausbildungsplans vorzunehmen und den Trägern zur Verfügung zu stellen. Dabei sollte auch auf die Problematik der Limitierung der Ausbildungsstellen eingegangen werden.

- 27.3** *Das BMG teilte mit, dass das Erfordernis eines Ausbildungsplans im ÄrzteG 1998 verankert und in der ÄAO 2015 näher spezifiziert worden sei. So solle der Ausbildungsplan dazu dienen, zu Beginn der Ausbildung die geplante zeitliche Zuteilung zu den jeweiligen Ausbildungsstätten zeitlich und inhaltlich strukturiert darzustellen. Dieses Thema sei auch in der Kommission für die ärztliche Ausbildung besprochen worden.*

- 27.4** Der RH wies gegenüber dem BMG darauf hin, dass im Entwurf zur ÄAO 2015 weiterhin offen blieb, ob die in der allgemeinmedizinischen Ausbildung verpflichtend vorgesehene Lehrpraxis vom Ausbildungsplan umfasst werden musste. Der RH empfahl daher abermals eine entsprechende Klarstellung. Eine solche fehlte auch in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015.

Darüber hinaus wiederholte der RH gegenüber dem BMG seine Empfehlung, für künftige Anerkennungsverfahren auch das Vorliegen eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung zu normieren, um einen reibungslosen Ablauf der ärztlichen Ausbildung sicherzustellen.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Abteilungs- bzw. krankenanstaltenüberschreitende Rotation, Ausbildungsplan

- 28.1** Vor dem Hintergrund der geltenden und künftigen rechtlichen Rahmenbedingungen erhob der RH an den vier überprüften Krankenanstalten, wie die Rotation organisiert war. Weiters überprüfte er, ob Ausbildungspläne erstellt wurden, welche die Vorausschaubarkeit der künftigen Ausbildungsstationen ermöglichten und ob entsprechende Kooperationsvereinbarungen vorlagen:

AKH Wien

(1) Am AKH Wien lag an den Universitätskliniken für Innere Medizin ein klinikübergreifendes¹¹⁴ Rotationskonzept vor; dieses sah vor, dass jeder Arzt mindestens fünf Semester außerhalb der eigenen klinischen Abteilung absolvieren musste. Die Einteilung erfolgte durch Rotationsbeauftragte, die meist selbst TÄ/F waren.

(2) Schriftliche Ausbildungspläne, die für die gesamte Ausbildungsdauer festlegten, welche Rotationsblöcke wann zu absolvieren waren, wurden an den einzelnen Universitätskliniken bzw. deren Abteilungen nicht erstellt. Dem vorgelegten Entwurf (TZ 20) zufolge war künftig ein Ausbildungsplan einschließlich Rotationsplan zu erstellen; unklar blieb, wer für die Erstellung bzw. Kontrolle der Einhaltung konkret zuständig war.

LKH Innsbruck

(1) Die Rotation der TÄ/A wurde zentral über das AZW organisiert. Dieses wies die TÄ/A dem gesamten Department Innere Medizin zu. Die Zuweisung auf die einzelnen Universitätskliniken erfolgte dann durch das Department selbst.¹¹⁵

(2) Für die Rotation der TÄ/F für Innere Medizin hatten die Leiter der sechs Kliniken zuletzt 2013 einen Rotationsplan beschlossen. Mit der Rotationsplanung waren zwei geschäftsführende Oberärzte betraut. Die sechs Universitätskliniken waren nicht zur Gänze als Ausbildungsstät-

¹¹⁴ Aufgrund der Vielzahl von Abteilungen in der Inneren Medizin am AKH Wien kamen in den fünf Rotationsblöcken auch klinikinterne Rotation vor. Aus jedem der fünf Rotationsblöcke musste ein Fach gewählt werden.

¹¹⁵ Die weitere Zuteilung auf die einzelnen Kliniken des Departments erfolgte nach Personalbedarf und unter Berücksichtigung spezifischer Ausbildungswünsche der auszubildenden TÄ/A. Mit der Einteilung waren zwei geschäftsführende Oberärzte betraut.

ten anerkannt, sondern jede nur für jeweils zwei Jahre. Der Rotationsplan trug dieser Einschränkung Rechnung.

(3) Das AZW arbeitete bei Beschäftigungsbeginn gemeinsam mit den TÄ/A einen vorläufigen Rotationsplan aus, der in der Regel den Ausbildungsplan für das nächste halbe Jahr bis ein ganzes Jahr umfasste¹¹⁶. Schriftliche Ausbildungspläne für die Facharztausbildung wurden an den einzelnen Universitätskliniken nicht erstellt.

Für die Ausbildungsplanung sah die TILAK vor, ab 2015 ein eigenes IT-Planungstool einzusetzen.

(4) Die TILAK schloss 2012 erstmals eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit den Rechtsträgern der Tiroler Krankenanstalten, die nicht zur TILAK gehörten, ab¹¹⁷. Diese regelte, dass die TILAK ab 2013 bis zu 32 Stellen¹¹⁸ für Turnusärzte von anderen Tiroler Krankenanstalten zur Verfügung stellte. Die organisatorische Abwicklung erfolgte über das AZW als zentrale Koordinationsstelle.

LK St. Pölten/Lilienfeld

(1) Am LK St. Pölten/Lilienfeld wurde die Zuteilung der TÄ/A zu den einzelnen Abteilungen von den jeweiligen Turnusärzte-Vertretern monatlich durchgeführt.

Da der Standort Lilienfeld über keine Abteilungen in den sogenannten kleinen Fächern¹¹⁹ verfügte, erfolgte die Ausbildung in diesen Fächern durch einen Konsiliararzt¹²⁰. Die Tage, an denen die TÄ/A bei dem jeweiligen Konsiliararzt tätig waren, waren mit Datum, Unterschrift und Angabe des Ausbildungsinhalts vom Konsiliararzt zu bestätigen.

Zwischen den Standorten Lilienfeld und St. Pölten gab es eine mündliche Kooperationsvereinbarung zur Rotation der TÄ/A.¹²¹

¹¹⁶ Für den zwölfmonatigen Block der Inneren Medizin war grundsätzlich vorgesehen, drei mal drei Monate auf unterschiedlichen Kliniken zu verbringen.

¹¹⁷ Diese Vereinbarung galt für die Jahre 2013 und 2014. Der Abschluss der neuen Vereinbarung für den Zeitraum 2015 bis 2016 war bereits in Vorbereitung.

¹¹⁸ 14 Stellen für TÄ/A und 18 Stellen für TÄ/F

¹¹⁹ HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie, Psychiatrie

¹²⁰ vergleiche § 8 Abs. 6 ÄAO

¹²¹ Vom Standort Lilienfeld kam in der Regel pro Jahr ein TA/A für das Fach Kinder- und Jugendheilkunde nach St. Pölten, im Gegenzug ging vom Standort St. Pölten ein TA/A für das Fach Gynäkologie und Frauenheilkunde nach Lilienfeld.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

(2) Mit der Rotationseinteilung für TÄ/F der Inneren Medizin am Standort St. Pölten waren zwei Oberärzte betraut. Die Rotationen waren schon allein deshalb erforderlich, weil nur eine der drei Abteilungen für Innere Medizin über eine Vollausbildungsberechtigung verfügte.¹²²

Die Abteilung für Innere Medizin am Standort Lilienfeld besaß eine Vollanerkennung, weshalb Rotationen für TÄ/F nicht verpflichtend notwendig waren. Der ärztliche Standortleiter empfahl aber jedem TA/F, sechs Monate in eine andere Krankenanstalt zu rotieren.

(3) Schriftliche Ausbildungspläne für TÄ/A und TÄ/F wurden an den einzelnen Abteilungen nicht erstellt.

LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) An den Standorten Gmünd und Waidhofen führten die Turnusärztervertreter die Rotationsplanung der TÄ/A durch. Am Standort Zwettl war ein Oberarzt mit der Rotationsplanung betraut.

Auch an diesen drei Standorten wurde in den kleinen Fächern, in denen es keine Abteilungen gab, die Ausbildung für TÄ/A über einen Konsiliararzt angeboten¹²³. Die Listen der Konsiliarärzte enthielten lediglich Datum und Unterschrift. Ein Feld für den Ausbildungsinhalt war nicht vorgesehen.

Die Standorte Gmünd und Waidhofen hatten für TÄ/A mündliche Kooperationsvereinbarungen¹²⁴ mit dem Standort Zwettl¹²⁵ getroffen.

(2) Während die TÄ/F an den Standorten Gmünd und Zwettl die gesamte Ausbildung im Fach Innere Medizin absolvieren konnten, mussten TÄ/F, die am Standort Waidhofen ihre Ausbildung im Fach Innere Medizin durchliefen, ein halbes Jahr in eine andere Krankenanstalt rotieren. Es wurde dazu mit dem LK Horn eine mündliche Kooperationsvereinbarung geschlossen.

¹²² Das schriftliche Rotationskonzept sah einen neunmonatigen Wechsel auf die jeweils anderen Abteilungen für Innere Medizin vor.

¹²³ Am Standort Gmünd gab es keine Fachabteilung für HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde und Neurologie. An den Standorten Waidhofen und Zwettl wurde die Ausbildung in folgenden Fächern über Konsiliarärzte abgedeckt: HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie und Psychiatrie.

¹²⁴ Am Standort Zwettl wurden in den entsprechenden Ausbildungsfächern Ausbildungsstellen für die Zu-Rotanten von den anderen beiden Standorten freigehalten.

¹²⁵ Gmünd im Ausbildungsfach Gynäkologie und Geburtshilfe, Waidhofen in Kinder- und Jugendheilkunde

(3) Am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl wurde für die TÄ/A und TÄ/F kein schriftlicher Ausbildungsplan erstellt.

28.2 (1) Der RH stellte kritisch fest, dass in den überprüften Krankenanstalten – mit Ausnahme des LKH Innsbruck (für TÄ/A) – keine schriftlichen Ausbildungspläne erstellt wurden. Das AKH Wien und das LKH Innsbruck planten jedoch bereits, solche künftig zu erstellen.

(2) Die Rotationseinteilung der TÄ/A wurde – mit Ausnahme des LKH Innsbruck und dem Standort Zwettl – von den Turnusärzten selbst durchgeführt. Die Delegation der Rotationseinteilung an die Betroffenen selbst sah der RH insbesondere vor dem Hintergrund kritisch, dass es sich dabei um eine Angelegenheit des ärztlichen Dienstes handelte, für die eigentlich der Ärztliche Leiter verantwortlich war. Darüber hinaus war aus Sicht des RH durch den häufigen Wechsel der Turnusärzte und damit der Rotationsverantwortlichen die erforderliche Kontinuität der Abläufe gefährdet. Betreffend Kooperationsvereinbarungen stellte der RH kritisch fest, dass diese soweit erforderlich, im Bereich der allgemeinärztlichen Ausbildung nur mündlich vorlagen.

Für unzureichend hielt der RH auch die Dokumentation der Konsiliarbildung am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl, weil die vermittelten Ausbildungsinhalte nicht nachvollziehbar waren. (TZ 38)

(3) Nach den Feststellungen des RH gab es für die Rotation der TÄ/F im Fach Innere Medizin an allen überprüften Krankenanstalten schriftliche Rotationskonzepte, soweit dies für die Erfüllung der Ausbildungsinhalte erforderlich war. Am AKH Wien erfolgte die Einteilung allerdings durch Rotationsbeauftragte, die meist selbst TÄ/F waren; hiezu verwies der RH auf seine kritischen Anmerkungen unter (2).

Weiters hielt der RH kritisch fest, dass anstaltsübergreifende Rotationen für die Erfüllung von Ausbildungsinhalten bzw. aufgrund von eingeschränkten Anerkennungen – mit Ausnahme des Standorts Waidhofen (jedoch nur mündlich) – an den überprüften Krankenanstalten nicht etabliert waren.

Der RH empfahl daher Folgendes:

- Den überprüften Krankenanstaltenträgern empfahl der RH, die nunmehr gesetzlich vorgesehenen Ausbildungspläne zu erstellen bzw. dafür Zuständigkeiten und Kontrollmechanismen zu definieren.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

- Allen überprüften Krankenanstalten bzw. Trägern empfahl der RH in Abhängigkeit von der „neuen“ ÄAO und den sich daraus ergebenden Rotationsanforderungen ferner:
 - die internen Rotationskonzepte gegebenenfalls zu überarbeiten bzw. zu ergänzen,
 - erforderlichenfalls anstaltsübergreifende Rotationskonzepte¹²⁶ zu entwickeln und schriftliche Kooperationsverträge zu schließen.

Weiters regte der RH gegenüber dem AKH Wien, dem LK St. Pölten/Lilienfeld sowie den Standorten Gmünd und Waidhofen an, mit der Rotationsplanung Mitarbeiter zu betrauen, die längerfristig dieser Aufgabe nachkommen können (z.B. einen Oberarzt) und selbst nicht am Rotationssystem teilnehmen.

28.3 *(1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien teilten mit, dass die Erstellung eines Ausbildungsplans nunmehr verpflichtend festgelegt sei. Dieser müsse jedoch an einer Universitätsklinik aufgrund der nicht langfristigen Planbarkeit von Forschungs- und Auslandsaufenthalten dynamisch ausgestaltet sein. Die Erstellung der Ausbildungspläne sei bereits in Arbeit.*

Betreffend die Rotationseinteilung führten die Stadt Wien und die MedUni Wien aus, dass die Rotationsplanung derzeit unter Supervision eines damit beauftragten Facharztes erfolge. Innerhalb des Gremiums zur Ärzteausbildung NEU am AKH Wien werde es eine Vereinbarung geben, wer innerhalb der Klinik für die Rotationseinteilung der Turnusärzte zuständig und in weiterer Folge auch verantwortlich sein werde. Soweit für die Ausbildungsverpflichtung erforderlich, werde es auch anstaltsübergreifende Rotationen mit einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung geben.

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck erarbeite eine Projektgruppe eine Formvorlage für den Ausbildungsplan. Die Kontrolle, dass der Ausbildungsplan weitgehend eingehalten wird, solle ebenso über das Ausbildungs-IT-Tool erfolgen. Der Ausbildungsplan werde immer für den Zeitraum eines Ausbildungsabschnitts in Absprache mit dem Auszubildenden und dem Ausbildungsverantwortlichen erstellt. Änderungen müssten aufgrund von geänderten organisatorischen Gegebenheiten auf beiden Seiten jederzeit möglich sein.

¹²⁶ In den Kliniken der Thermenregion Niederösterreich wurde bspw. 2013 ein regionales Rotationskonzept eingeführt. Die TÄ/F rotierten für ein halbes Jahr verpflichtend an ein anderes Haus. Der Ausbildungsweg der TÄ/F wurde von Beginn an geplant; die Planung durch ein eigens dafür angeschafftes IT-System unterstützt.

Weiters teilten die TILAK und die MedUni Innsbruck mit, dass das vorgeschlagene Rotationskonzept in erster Linie die Rotationen in der TILAK selbst umfassen werde. Eine Abstimmung mit allen öffentlichen Krankenanstalten in Tirol wäre sicherlich sinnvoll, hier werde die Abstimmung mit dem Tiroler Gesundheitsfonds gesucht. Neben den organisatorischen Fragen müssten vor allem die finanziellen Rahmenbedingungen festgelegt werden, unter denen die Rotationen in beiden Richtungen erfolgen könnten.

(3) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich sei geplant, mit Inkrafttreten der neuen ÄAO ab Sommer 2015 regionale und überregionale Rotationen abgestimmt auf die zu absolvierenden Rasterzeugnisinhalte und die genehmigten Ausbildungsmodule zu entwickeln. Sollten externe Träger als Partner zur vollständigen Absolvierung der Ausbildungsinhalte einbezogen werden, sei geplant, mit diesen entsprechende schriftliche Vereinbarungen abzuschließen. Mit der Entwicklung der Konzepte werde so rasch wie möglich unter Einbeziehung der relevanten Systempartner begonnen. Da es sich dabei um einen sehr komplexen Prozess handelt, sei eine Umsetzung kurzfristig nicht möglich.

Geplant sei weiters die Einsetzung von ausbildungsverantwortlichen Fachärzten /Mentoren, welche gemeinsam mit den Jungmediziner die Ausbildungspläne individuell erstellen. Die dann getroffenen Vereinbarungen würden schriftlich zur transparenten Nachvollziehbarkeit dokumentiert.

Zur Unterstützung des Planungsprozesses sei die Implementierung eines IT-gestützten Tools mit einer Übersicht über sämtliche Ausbildungsstellen, deren Besetzung und voraussichtliche Verfügbarkeit in Diskussion sowie die Einrichtung einer Servicestelle für Jungmediziner, die über die erforderlichen Informationen und Ausbildungsmöglichkeiten aller Klinikstandorte verfügen soll, geplant. Da die Umsetzung jedoch sowohl in den ausbildenden Klinikabteilungen/Klinikstandorten als auch in der Zentrale mit nicht unerheblichen personellen Ressourcen verbunden wäre, sei deren Verfügbarkeit derzeit nicht gegeben und daher noch kein Planungshorizont dafür definierbar.

- 28.4 Der RH anerkannte die von den überprüften Krankenanstaltenträgern und den Medizinischen Universitäten geplanten Maßnahmen. Er wies jedoch alle überprüften Krankenanstaltenträger und die Medizinischen Universitäten darauf hin, dass der Ausbildungsplan entsprechend den rechtlichen Vorgaben (ÄrzteG 1998 und ÄAO 2015), am Beginn der allgemeinmedizinischen bzw. fachärztlichen Ausbildung vorzulegen ist und nicht nur einzelne Ausbildungsabschnitte sondern die gesamte ärztliche Ausbildung zu umfassen hat. Abweichungen vom erstellten

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausbildungsplan waren laut ÄAO 2015 nur bei sachlicher Begründung zulässig.

Ausbildungsdauer

- 29.1** (1) Weder die Krankenanstalten noch die Rechtsträger bzw. die Dienstgeber der Turnusärzte verfügten über Daten betreffend die gesamte Ausbildungsdauer der einzelnen Turnusärzte.

Um Informationen zu den tatsächlichen Ausbildungsdauern zu erhalten, forderte der RH von der ÖAK und der Tiroler Ärztekammer für ausgewählte TÄ/A und TÄ/F der Inneren Medizin die sogenannten Ausbildungsraster an; dabei handelte es sich um je Turnusarzt geführte Übersichtsblätter, auf denen vermerkt war, in welcher Krankenanstalt der Turnusarzt wie lange welches Ausbildungsfach absolvierte.¹²⁷

Zusätzlich forderte der RH die Ausbildungsraster für jene TÄ/F an, die ihre Ausbildung in den Fächern Chirurgie¹²⁸ sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe¹²⁹ zwischen 2011 bis 2013 abgeschlossen hatten. Dies deshalb, weil für das Fach Innere Medizin grundsätzlich laut ÄAO keine verpflichtende Rotation vorgesehen war.¹³⁰

¹²⁷ Diese Übersichten wurden von den Landesärztekammern befüllt, wenn der Turnusarzt am Ende seiner Ausbildung die Rasterzeugnisse bei der ÖAK einreichte.

¹²⁸ Die Ausbildung im Hauptfach betrug vier Jahre. Es waren folgende Pflichtnebenfächer zu absolvieren: Innere Medizin (sechs Monate), Unfallchirurgie (sechs Monate) und Anästhesiologie (drei Monate). Die Ausbildung beinhaltete auch wahlweise ein oder zwei Sonderfächer zu insgesamt neun Monaten.

¹²⁹ Die Ausbildung im Hauptfach betrug vier Jahre. Als Pflichtnebenfächer war ein Jahr Chirurgie, sechs Monate Innere Medizin und drei Monate Kinder- und Jugendheilkunde zu absolvieren. Freie Wahlnebenfächer konnten im Ausmaß von drei Monaten absolviert werden.

¹³⁰ Der RH wertete aber nur jene Raster aus, bei denen die TÄ/A bzw. TÄ/F zumindest 50 % der Ausbildung an der jeweiligen Krankenanstalt absolvierten.

Tabelle 11: Durchschnittliche Ausbildungsdauer in Monaten

Krankenanstalt	Allgemeinmedizin		Innere Medizin		Chirurgie		Gynäkologie und Geburtshilfe	
	TÄ/A	durchschnittl. Dauer	TÄ/F	durchschnittl. Dauer	TÄ/F	durchschnittl. Dauer	TÄ/F	durchschnittl. Dauer
	Anzahl	in Monaten	Anzahl	in Monaten	Anzahl	in Monaten	Anzahl	in Monaten
AKH Wien	– ¹	– ¹	64	77	9	83	10	74
LKH Innsbruck	21	37	11	76	11	76	11	82
Standort St. Pölten	18	41 ²	3	72	2	72	2	73
Standort Lilienfeld	7	36	1	72	0	– ³	0	– ⁴
Standort Gmünd	7	36	2	72	0	– ³	0	– ⁵
Standort Waidhofen	4	38	1	73	0	– ³	1	72
Standort Zwettl	6	36	1	72	3	72	0	– ⁴

¹ Am AKH Wien wurden im Überprüfungszeitraum keine TÄ/A ausgebildet.

² Ein TÄ/A lag mit 73 Monaten weit über der Mindestdauer. Die Überzeit lag überwiegend im Fach Chirurgie begründet. Ohne diesen Einzelfall ergibt sich eine durchschnittliche Ausbildungsdauer von 39 Monaten.

³ Laut Daten der ÖÄK schloss im Zeitraum 2011 bis 2013 kein TÄ/F im Fach Chirurgie die Ausbildung ab bzw. suchte um Ausstellung des Facharzt diploms an.

⁴ Im Überprüfungszeitraum schloss kein TÄ/F der Gynäkologie und Geburtshilfe die Ausbildung ab, der über 50 % der Ausbildung dort absolvierte.

⁵ In der überprüften Krankenanstalt gab es keine entsprechende Fachabteilung.

Quellen: Ausbildungsraster der ÖÄK und der Landesärztekammern

(1) Im Bereich der Allgemeinmedizin bzw. im Sonderfach Innere Medizin kam es in den überprüften Krankenanstalten im Durchschnitt überwiegend zu keinen wesentlichen Überschreitungen der Mindestausbildungszeit von 36 bzw. 72 Monaten.

(2) Laut Ausbildungsraster lag die durchschnittliche Ausbildungszeit im Sonderfach Chirurgie am AKH Wien mit 83 Monaten deutlich über der Mindestzeit von 72 Monaten; im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Mindestzeit ebenfalls 72 Monate) war die Ausbildungszeit am LKH Innsbruck mit durchschnittlich 82 Monaten am längsten.

Diesbezüglich war jedoch anzumerken, dass es für die Überschreitung der Ausbildungszeit eine Vielzahl von Gründen geben konnte, die sowohl in der Verantwortung der Krankenanstalt liegen als auch durch persönliche Gründe seitens der Turnusärzte bedingt sein konnten. In den Ausbildungsrastern waren diese Gründe nicht angeführt.

(3) Die Ärzteausbildung NEU sah in diesem Zusammenhang vor, dass Beginn, Wechsel und Änderung des Ausbildungsausmaßes sowie der Abschluss der Basisausbildung bzw. der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt an einer Ausbildungsstelle inner-

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

halb eines Monats vom Träger der Ausbildungsstätte der ÖÄK mittels einer von ihr zur Verfügung gestellten Applikation bekannt zu geben waren.¹³¹

Die Meldungen sollen somit standardisiert und elektronisch erfolgen sowie dem Turnusarzt mehr Transparenz bieten. Laut Protokollen der Kommission für die ärztliche Ausbildung¹³² war geplant, das voraussichtliche Enddatum der Ausbildung zu melden und Abweichungen zu begründen¹³³.

Bislang hatte gemäß § 9 Abs. 8 und § 10 Abs. 9 ÄrzteG 1998 der Leiter der Ausbildungsstätte bzw. der Ausbildungsverantwortliche zweimal jährlich die Zahl der Turnusärzte schriftlich zu melden. Diese Meldungen erfolgten aber uneinheitlich und boten den Turnusärzten wenig Transparenz.

- 29.2** Der RH stellte kritisch fest, dass die Datenlage zu den Ausbildungsdauern bzw. deren Überschreitungen unzureichend war; so enthielten etwa die Ausbildungsraaster keine Begründungen für eine etwaige Verlängerung der Mindestausbildungsdauer.

Vor diesem Hintergrund wertete der RH positiv, dass durch die mit der Ärzteausbildung NEU eingeführten standardisierten Ausbildungsstellenverwaltungen sowohl den Turnusärzten als auch den Krankenanstalten bzw. Rechtsträgern mehr Transparenz über die Ausbildungszeiten geboten und die Datenlage insgesamt verbessert werden soll¹³⁴.

Weiters stellte der RH fest, dass die gesetzlich vorgesehene Ausbildungsdauer bei den beispielhaft ausgewählten TÄ/A bzw. TÄ/F der Inneren Medizin in den überprüften Krankenanstalten im Durchschnitt nicht wesentlich überschritten wurde. Im Sonderfach Chirurgie lag hingegen die durchschnittliche Ausbildungszeit am AKH Wien sowie im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe am LKH Innsbruck – laut Ausbildungsraaster der Ärztekammern – deutlich über der Mindestausbildungszeit.

¹³¹ vergleiche § 11 Abs. 7 Novelle zum ÄrzteG 1998

¹³² gemäß Art. 44 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

¹³³ Gründe für eine Abweichung können bspw. lauten: Karenz, wissenschaftliche Tätigkeit, Teilzeitkraft

¹³⁴ Laut Sitzungsprotokoll der Kommission für die ärztliche Ausbildung war geplant, in der neuen Applikation das voraussichtliche Ausbildungsende zu erfassen und Gründe für eine Änderung (bspw. Karenz, wissenschaftliche Tätigkeit, Teilzeitkraft) zu melden.

Angesichts der gesundheitspolitischen Bedeutung der Neugestaltung der Ärzteausbildung empfahl der RH dem BMG, gemeinsam mit der ÖÄK eine regelmäßige Berichterstattung festzulegen, um u.a. Informationen über die Entwicklung der Ausbildungsdauern zu erhalten, gegebenenfalls zeitgerecht Maßnahmen setzen und die in der Stellungnahme des RH zum Begutachtungsentwurf vorgeschlagene Evaluierung (TZ 3) durchführen zu können.

29.3 (1) *Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass der Gedanke einer Berichterstattung im ÄrzteG 1998 sinngemäß umgesetzt worden sei. So habe die Bundesministerin für Gesundheit das Recht, jederzeit datenschutzkonforme Informationen in strukturierter und aufbereiteter Form über den Stand der Ausbildung zu erhalten.*

(2) Die Stadt Wien teilte mit, dass es für die Überschreitung der vorgesehenen Ausbildungsdauer im Sonderfach Chirurgie am AKH Wien mehrere Gründe geben könne, die vor allem an einer Universitätsklinik großen Einfluss auf die durchschnittliche Ausbildungsdauer haben könnten. Diese würden neben persönlichen Gründen auch Forschungssemester, Auslandsaufenthalte, PhD-Studien¹³⁵ etc. beinhalten.

29.4 Der RH stellte dem BMG gegenüber klar, dass seine Empfehlung auf eine institutionalisierte und nicht nur anlassbezogene Berichterstattung der ÖÄK an das BMG gerichtet war. Dies deshalb, um u.a. die Auswirkungen der neuen Ärzteausbildung zeitnah zu erkennen und gegebenenfalls steuernd eingreifen zu können. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung nach einer regelmäßigen Berichterstattung der ÖÄK an das BMG.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Allgemeines

30 Einen wichtigen Faktor der Ausbildungspraxis stellt auch die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften dar. Insbesondere eine hohe Belastung der Turnusärzte mit Routinetätigkeiten, die auf ärztliche Anordnung auch von diplomierten Pflegekräften vorzunehmen wären, kann die Teilnahme an Besprechungen und Visiten oder ähnliche ausbildungsrelevante Tätigkeiten verhindern.

Vor diesem Hintergrund hatte sich der Gesetzgeber bei der Novellierung des ÄrzteG 1998 dazu entschieden, die Anerkennung als Ausbildungsstätte auch davon abhängig zu machen, dass – sofern an der

¹³⁵ Doctor of Philosophy

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

entsprechenden Ausbildungsstätte pflegerische Leistungen erbracht werden¹³⁶ – der Pflegedienst die Durchführung der Tätigkeiten, die in § 15 Abs. 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997) ausdrücklich bezeichnet sind, gewährleistet.

Diese Tätigkeiten können vom Pflegepersonal nicht eigenverantwortlich (vgl. § 14 GuKG), sondern nur auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden. Da den Arzt in diesem Fall die Anordnungs- und die Pflegekraft die Durchführungsverantwortung trifft, spricht man vom sogenannten „mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich“; darunter ist die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung zu verstehen. In § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführt sind:

- die Verabreichung von Arzneimitteln,
- die Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,
- die Vorbereitung und der Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang ausgenommen Transfusionen,
- die Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
- das Setzen von transurethralen (durch die Harnröhre) Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation¹³⁷ und Spülung,
- die Durchführung von Darmeinläufen und
- das Legen von Magensonden.

Dabei handelt es sich um eine beispielhafte Aufzählung, weshalb auch weitere Tätigkeiten vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich umfasst sein können. Das BMG hat dies in mehreren Einzelfällen per Stellungnahme bestätigt, z.B. für das Legen von peripheren venösen Verweilkanülen (z.B. Venflons), die Punktion einer Port-a-Cath-Kammer zum Anschluss einer Infusion oder die Vorbereitung und Durchführung eines Elektrokardiogramms (EKG).¹³⁸

¹³⁶ Dies ist bspw. in den Sonderfächern Radiologie oder Labordiagnostik nicht der Fall.

¹³⁷ Verabreichung von flüssigen Arzneimitteln

¹³⁸ Als Kriterien hierfür galten laut BMG ein vergleichbarer Schwierigkeitsgrad und der Erwerb der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten im Rahmen der Grundausbildung oder durch Fortbildungen. Darüber hinaus darf es sich bei den Tätigkeiten nicht um den Kernbereich des Berufsbildes eines anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufs handeln. Weiss-Faßbinder/Lust, GuKG6, 2010, S. 105.

Üblicherweise war daher der Umfang des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs für die jeweilige Krankenanstalt bzw. für einzelne Abteilungen zusätzlich in Vereinbarungen spezifiziert, in denen die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften geregelt war.

Auch die überprüften Krankenanstalten verfügten über solche Vereinbarungen, die allesamt zumindest die sieben in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten enthielten (siehe Anhänge 1 bis 6).

Vereinbarungen
gemäß § 15 GuKG

AKH Wien

- 31.1** Zur Erhöhung der Betreuungsqualität, der Effektivität in der Zusammenarbeit und der Rechtssicherheit der betroffenen Berufsgruppen einigten sich das AKH Wien, die MedUni Wien, der Betriebsrat für das wissenschaftliche Personal und die Personalvertretung im April 2013 in einem gemeinsamen Dokument auf die komplette fachspezifische Übernahme der diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten des mitverantwortlichen Bereichs durch das diplomierte Pflegepersonal an allen Kliniken und klinischen Abteilungen.

In der Folge wurde eine entsprechende Muster- bzw. Rahmenvereinbarung zur Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse beschlossen und im Juni 2013 vorgelegt. Laut dieser waren zusätzlich zu den sieben in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten noch vier¹³⁹ weitere Tätigkeiten¹⁴⁰ durch diplomiertes Pflegepersonal auf ärztliche Anordnung umzusetzen.

¹³⁹ Manche in der Aufzählung des § 15 GuKG genannte Tätigkeiten (z.B. die Blutabnahme) waren in der Rahmenvereinbarung des AKH in mehrere Punkte aufgeteilt (kapillare bzw. venöse Blutabnahme), weshalb diese insgesamt 13 Tätigkeiten umfasste, obwohl darin im Vergleich zu § 15 GuKG nur vier zusätzliche enthalten waren.

¹⁴⁰ das Setzen von peripheren Venenverweilkanülen, das Absaugen oberer Atemwege und das Anstechen eines Port-a-Cath sowie die Vitalzeichenkontrolle

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Zwei davon, nämlich das Absaugen der oberen Atemwege (Nase-, Mund- und Rachenraum)¹⁴¹ und die regelmäßige Messung und Dokumentation der Vitalzeichen¹⁴², waren allerdings keine mitverantwortlichen Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG, sondern pflegerische Maßnahmen, die von Angehörigen des diplomierten Pflegedienstes im Rahmen des § 14 GuKG eigenverantwortlich durchgeführt werden können.

31.2 Der RH hielt es grundsätzlich für positiv, dass für das AKH Wien eine Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich abgeschlossen war. Da mit der Absaugung der oberen Atemwege und der Vitalzeichenkontrolle allerdings zwei dieser Tätigkeiten dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuzuordnen waren, empfahl der RH dem AKH Wien, die Rahmenvereinbarung auf die Maßnahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs gemäß § 15 GuKG zu beschränken.

31.3 *Laut Mitteilung der Stadt Wien sei die Unterscheidung zwischen eigenverantwortlichem und mitverantwortlichem Tätigkeitsbereich bei der Absaugung der oberen Atemwege (Nase-, Mund- und Rachenraum) und regelmäßigen Messung und Dokumentation der Vitalzeichen nicht zur Gänze möglich.*

Aus diesem Grund habe die Pflegedirektion ausgeführt, dass sie diese Tätigkeit nicht ausschließlich als eigenverantwortliche Tätigkeit definieren, sondern im Einzelfall patientenbezogen zur Wahrung der Patientensicherheit handeln wolle. Die oben genannten Tätigkeiten würden am AKH Wien fast ausschließlich als Folgemaßnahmen von akuten Interventionen aufgrund akuter Einschränkungen der Lungenfunktion und oberen Atemwege, Wassereinlagerungen im Lungengewebe bzw. Kreislauf-Instabilität vorgenommen und stünden damit in Abhängigkeit zu weiteren Maßnahmen, die gesetzt werden müssten. Es werde somit eine grundsätzliche Festlegung gemäß der geltenden Praxis am AKH Wien und der Empfehlung des RH definiert werden. Die Empfehlung des RH werde umgesetzt.

31.4 Sofern die Absaugung der Atemwege sowie die Messung und Dokumentation der Vitalzeichen in Abhängigkeit weiterer Maßnahmen standen, die nicht dem eigenverantwortlichen Bereich zuzuordnen waren,

¹⁴¹ Nur für das Absaugen aus dem Brustraum bzw. unter Umständen für den Wechsel einer Trachealkanüle wäre eine ärztliche Anordnung gemäß § 15 GuKG erforderlich. Weiss-Faßbinder/Lust, GuKG6, 2010, S. 93 und S. 107f.

¹⁴² OGH 21. Juni 2004, 10 Ob S 68/04d, laut dem es sich bei der Vitalzeichenkontrolle um eine typische Leistung handelt, die der „allgemeinen“ Krankenpflege zuzuordnen sind. Siehe auch Obermoser, Notfall auf Station, 2009, S. 15; Fachbereichsarbeit zum Download auf der Homepage des österr. Gesundheits- und Krankenpflege Verbands http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/FBA_Obermoser.pdf

war die Argumentation der Pflegedirektion des AKH Wien für den RH nachvollziehbar. Eine entsprechende Differenzierung und die von der Stadt Wien angekündigte grundsätzliche Festlegung in der Rahmenvereinbarung waren im Sinne der vom RH ausgesprochenen Empfehlung.

- 32.1** Für alle drei Universitätskliniken für Innere Medizin lag jeweils eine auf der Rahmenvereinbarung aufbauende Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse gemäß § 15 GuKG vor. Zur Frage nach dem Stand der Umsetzung dieser klinikspezifischen Vereinbarungen hatte das AKH Wien 2014 eine Stuserhebung durchgeführt, wonach der Erfüllungsgrad stark variierte.

Universitätsklinik für Innere Medizin I

(1) Die Klinische Abteilung für Innere Medizin (KIM) I spezifizierte bzw. ergänzte die Rahmenvereinbarung (Anhang 1) in einigen Punkten¹⁴³ und ordnete in ihrer klinikspezifischen Vereinbarung auch fünf¹⁴⁴ weitere Tätigkeiten dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu.

(2) Laut Stuserhebung vom November 2014 entsprach die Praxis im Wesentlichen¹⁴⁵ der von der KIM I geplanten Aufteilung der Tätigkeiten.

¹⁴³ Punkt 5) Gefäßzugang peripher und zentral; Vorbereitung und Verabreichen von Infusionslösungen mit Medikamentenzusatz (inklusive antimikrobieller Wirkstoffe, Immunglobuline, auch Erstgaben) bei liegendem Gefäßzugang peripher und zentral, ausgenommen Blutprodukte;
Punkt 6) inkl. Impfungen;
Punkt 8) bei Mann und Frau, sowie Installation und Spülung von Dauerkathetern bei Mann und Frau;
Punkt 9) inklusive Bronchialtoilette bei Tracheostoma;
Punkt 11) und Spülen, Entfernen von Port-a-Cath-Nadeln sowie gegebenenfalls Plombieren von Port-a-Caths;
Punkt 13) auch rektal und inhalativ

¹⁴⁴ Dazu gehörten die Vorbereitung und Durchführung von EKG-Untersuchungen, das Monitoring auf Überwachungsstationen, das Setzen von subkutanen Zugängen und die Verabreichung von Subkutaninfusionen sowie die Stoma Versorgung und die Zubereitung von Infusionen („Spiegeln“ – auch von Blutprodukten). Für weitere Punkte wurde die Einholung einer Rechtsmeinung über die Möglichkeit der Durchführung durch diplomierte Pflegekräfte vereinbart.

¹⁴⁵ Bis auf den Bereich der Tageskliniken war die Vereinbarung vom Dezember 2013 an der KIM I zu 100 % umgesetzt.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Universitätskliniken für Innere Medizin II und III

(1) Die KIM II entschied sich für eine phasenweise¹⁴⁶ Übernahme der mitverantwortlichen Tätigkeiten durch das diplomierte Pflegepersonal bis zum zweiten Halbjahr 2014. Die KIM III vereinbarte eine phasenweise Umsetzung bis September 2015¹⁴⁷.

- In der Vereinbarung der KIM II waren – zusätzlich zu den Inhalten der Rahmenvereinbarung – noch drei weitere Tätigkeiten¹⁴⁸ dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zugeordnet. Anders als in der Rahmenvereinbarung sollte laut der klinikspezifischen Vereinbarung der KIM II die Injektion von intramuskulären Medikationen ausschließlich den Ärzten vorbehalten bleiben.
- An der KIM III gab es Adaptierungen im Vergleich zur Rahmenvereinbarung insofern, als sowohl die intramuskuläre Medikation als auch das Legen der Magensonde und das Anstechen eines Port-a-Cath ausschließlich von Ärzten durchgeführt werden sollten und auch für die zusätzlich aufgenommenen EKG-Untersuchungen eine ausschließliche Durchführung durch Ärzte vereinbart war.

(2) Wie die Stuserhebung vom November 2014 zeigte, wurden die mitverantwortlichen Tätigkeiten an der KIM II¹⁴⁹ und der KIM III¹⁵⁰ noch nicht im geplanten Ausmaß vom diplomierten Pflegepersonal durchgeführt; die Vereinbarungen waren daher noch nicht vollständig umgesetzt.

32.2 Der RH hielt positiv fest, dass alle drei Universitätskliniken für Innere Medizin klinikspezifische Vereinbarungen über den mitverantwortlichen Bereich abgeschlossen hatten. Diese bauten auf der Rahmenvereinbarung des AKH Wien auf, enthielten aber – den Kriterien des § 15 GuKG entsprechend – auch zusätzliche Tätigkeiten aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich.

¹⁴⁶ Phase 1: 2. Halbjahr 2013; Phase 2: 1. Halbjahr 2014; Phase 3: 2. Halbjahr 2014

¹⁴⁷ Phase 1: 1. Oktober 2013 bis 28. Februar 2014; Phase 2: 1. März 2014 bis 30. September 2014; Phase 3: 1. Oktober 2014 bis 30. September 2015

¹⁴⁸ Einstellung des Blutzuckers nach Zielwerten, Durchführung von EKG-Untersuchungen und arterielle Blutgasanalyse

¹⁴⁹ Zwar übernahm das Pflegepersonal bspw. schon die Verabreichung von Infusionslösungen und Injektionen von intravenösen Medikationen, bei anderen Tätigkeiten entsprach die Praxis allerdings nicht an allen Organisationseinheiten der Vereinbarung.

¹⁵⁰ Zwar übernahm das Pflegepersonal mittlerweile die Verabreichung von Infusionslösungen und Injektionen von intravenösen Medikationen; hinsichtlich der Punktion von Venen zur Blutabnahme und zum Setzen von peripheren Verweilkanülen entsprach der Status jedoch noch nicht der Vereinbarung.

Der RH hob auch positiv hervor, dass die Umsetzung der vereinbarten Aufteilung der mitverantwortlichen Tätigkeiten an den Universitätskliniken für Innere Medizin laut Statusbericht vom November 2014 insgesamt grundsätzlich weit vorangeschritten war. Da an den KIM II und III die Praxis noch nicht vollständig dem Vereinbarten entsprachen, empfahl der RH dem AKH Wien, die Umsetzung an diesen beiden Kliniken noch stärker voranzutreiben.

Er wies jedoch kritisch darauf hin, dass in den Vereinbarungen der KIM II und der KIM III für einzelne Tätigkeiten nach wie vor keine mitverantwortliche, sondern eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen war. Da dies dem vom AKH Wien mit der Rahmenvereinbarung verfolgten Ziel, die mitverantwortliche Vornahme aller enthaltenen Tätigkeiten schrittweise umzusetzen, widersprach, empfahl er dem AKH Wien, an den KIM II und KIM III auf eine mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten hinzuwirken.

32.3 *Laut Stellungnahme der Stadt Wien seien im Rahmen des Projekts Universitätsmedizin Wien 2020 die Tätigkeitsprofile des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs in den genannten Kliniken abgestimmt worden. Um den personellen Mehrbedarf der Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs vorrangig durch Umschichtungen im derzeitigen Dienstpostenplan zu bedecken, werde zeitgleich eine Restrukturierung des stationären Bereichs in den genannten Kliniken durchgeführt. Die Übernahme von Tätigkeiten des ärztlichen Dienstes durch die Pflege mache auch eine Reorganisation der Abläufe im Stationsbetrieb erforderlich. Dazu seien die Projekte Reorganisation des Servicebereichs in den Stationen sowie das Projekt Skill und Grade Mix gestartet worden. Die Umsetzung der Empfehlungen des RH sei bereits im Gange.*

Die MedUni Wien teilte mit, dass die Umsetzung der berufsgruppenübergreifenden Aufgabenverteilung einschließlich der Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs gemäß § 15 GuKG und die Entlastung des ärztlichen Personals und des Pflegepersonals von administrativen Tätigkeiten im Sinne eines effizienten und ressourcenschonenden Personaleinsatzes ganz essenziell sei. Die Umsetzung der Novelle zum Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz mit Reduktion der Arbeitszeiten der Klinikärzte und der neuen Ärzteausbildung erforderten zwingend die Implementierung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs. Die geplante Umsetzung (Juni 2013) sei von Seiten der TU-AKH Wien nicht erfüllt worden. Die MedUni Wien unterstütze die Bemühungen um eine effektivere Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs auf Basis der Rahmenvereinbarung. Sie habe in ihrer Leistungsvereinbarung die „Optimierung der Zusammenarbeit mit der Pflege – mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich“ als gemeinsam mit dem AKH Wien

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

umzusetzenden Plan verankert. Des Weiteren sei dieses Thema vorrangig auch im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ festgehalten.

- 32.4** Der RH anerkannte die Herausforderungen, die mit der vollständigen Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs verbunden waren – wie insbesondere die Reorganisation der Abläufe im Stationsbetrieb – sowie die Bereitschaft der Stadt Wien und der Med-Uni Wien, diese im Sinne der Empfehlungen des RH zu realisieren.

LKH Innsbruck

- 33.1** Für das LKH Innsbruck galten bezüglich des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs zwei von der TILAK und dem Betriebsrat des LKH Innsbruck abgeschlossene Betriebsvereinbarungen. Ausgehend von der ersten Betriebsvereinbarung aus dem Jahr 1997 wurde im April 2013 noch eine weitere, spezifische Vereinbarung beschlossen, die eine übersichtliche Darstellung der angestrebten Aufgabenverteilung¹⁵¹ in Form einer Funktionsmatrix beinhaltete. Diese Matrix stellte die Grundlage für die ebenfalls 2013 vom Qualitätsmanagement des LKH Innsbruck, der Ärztlichen Direktion und der Pflegedirektion erarbeitete Rahmenvereinbarung betreffend die Aufgaben des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs dar; sie diente als Muster für entsprechende klinikspezifische Vereinbarungen und hatte eine Erhöhung der Betreuungsqualität und der Effektivität in der Zusammenarbeit sowie die Rechtssicherheit der betroffenen Berufsgruppen zum Ziel.

Von der Betriebs- und der Rahmenvereinbarung (Anhang 2) waren zusätzlich zu den ausdrücklich in § 15 Abs. 5 GuKG aufgezählten (siehe TZ 30) Tätigkeiten noch acht weitere Tätigkeiten¹⁵² umfasst, die auf ärztliche Anordnung hin vom diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegedienst durchgeführt werden sollten, sofern dies medizinisch vertretbar und betriebsorganisatorisch realisierbar war.

Allerdings entsprach die Zuordnung zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich bei insgesamt drei Tätigkeiten nicht den Kriterien des § 15 GuKG.

¹⁵¹ welche ärztlichen Tätigkeiten, wenn medizinisch vertret- und betriebsorganisatorisch realisierbar, an den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegedienst delegiert werden sollen

¹⁵² Dies betraf das Setzen und Entfernen von peripheren Venenverweilkanülen, das Entfernen einer Verweilkanüle aus einem Port-a-Cath-System, das Absaugen der oberen Atemwege, die Vitalzeichenkontrolle, das Spülen von Venenzugängen, die Medikation zur Schmerztherapie nach Verschreibung, die Verabreichung von Antibiotika sowie die Vornahme von freiheitsbeschränkenden und einschränkenden Maßnahmen.

Das Absaugen der oberen Atemwege (Nase-, Mund- und Rachenraum)¹⁵³ und die regelmäßige Messung und Dokumentation der Vitalzeichen¹⁵⁴ waren pflegerische Maßnahmen, die von Angehörigen des diplomierten Pflegedienstes im Rahmen des § 14 GuKG eigenverantwortlich durchgeführt werden können.

Für freiheitsbeschränkende und –einschränkende Maßnahmen galten die Regeln des Heimaufenthaltsgesetzes¹⁵⁵, wonach ein entsprechendes Tätigwerden der diplomierten Pflegekräfte nicht ausgeschlossen war (vgl. § 5). Allerdings konnten vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich nur medikamentöse Maßnahmen (Verabreichung von Arzneimitteln bzw. Injektionen), nicht aber die in der Rahmenvereinbarung genannte Anbringung von Bettenseitenteilen oder Gurtfixierungen umfasst sein, weil es sich dabei nicht um diagnostische bzw. therapeutische Tätigkeiten handelt.

33.2 Der RH stellte positiv fest, dass für das LKH Innsbruck eine Muster-Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich vorlag, die neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich Angeführten noch acht weitere Tätigkeiten umfasste. Da mit der Absaugung der oberen Atemwege und der Vitalzeichenkontrolle allerdings zwei dieser Tätigkeiten dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuzuordnen waren bzw. es sich bei vom Pflegepersonal durchzuführenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nicht um diagnostische bzw. therapeutische Tätigkeiten handelte, empfahl der RH, die Rahmenvereinbarung zu adaptieren.

34.1 (1) Für alle sechs Universitätskliniken für Innere Medizin (Innere Medizin) waren basierend auf der Muster-Rahmenvereinbarung klinikspezifische Vereinbarungen zur Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse gemäß § 15 GuKG abgeschlossen worden; zuletzt – im Herbst 2014 – war eine entsprechende Vereinbarung für den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich an der Inneren Medizin IV in Kraft getreten.

¹⁵³ Nur für das Absaugen aus dem Brustraum bzw. unter Umständen für den Wechsel einer Trachealkanüle wäre eine ärztliche Anordnung gemäß § 15 GuKG erforderlich. Weiss-Faßbinder/Lust, GuKG⁶, 2010, S. 93 und S. 107f.

¹⁵⁴ OGH 21. Juni 2004, 10 Ob S 68/04d, laut dem es sich bei der Vitalzeichenkontrolle um eine typische Leistung handelt, die der „allgemeinen“ Krankenpflege zuzuordnen sind. Siehe auch Obermoser, Notfall auf Station, 2009, S. 15; Fachbereichsarbeit zum Download auf der Homepage des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege Verbands http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/FBA_Obermoser.pdf

¹⁵⁵ Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen, BGBl. I Nr. 11/2004 i.d.g.F.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Diese klinikspezifischen Vereinbarungen sahen Adaptierungen¹⁵⁶ gegenüber der Rahmenvereinbarung vor; folgende Tätigkeiten waren an einigen Kliniken ausschließlich von Ärzten durchzuführen:

- Injizieren von intramuskulären Medikationen: Innere Medizin I bis VI
- Setzen von Magensonden: Innere Medizin I, II, III und VI
- Entfernen einer Verweilkanüle aus einem Port-a-Cath-System: Innere Medizin II und IV

(2) Am LKH Innsbruck deuteten im Frühjahr 2014 durchgeführte, stationsbezogene Evaluierungen auf eine funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit hin. Eine krankenhausesweite Statuserhebung vom März 2014 ergab überdies, dass – mit Ausnahme der Inneren Medizin IV – an allen Universitätskliniken für Innere Medizin die Übernahme des gesamten sogenannten „i.v. Managements“ (Verabreichung von intravenöser Medikation und Anlage von Venenverweilkanülen) bereits vollständig umgesetzt war.

34.2 Der RH stellte positiv fest, dass am LKH Innsbruck alle sechs Universitätskliniken für Innere Medizin klinikspezifische Vereinbarungen über den mitverantwortlichen Bereich abgeschlossen hatten, die auf dem Muster bzw. der Rahmenvereinbarung des LKH Innsbruck basierten und keine zusätzlichen Tätigkeiten enthielten. Die Umsetzung der vereinbarten Aufteilung der mitverantwortlichen Tätigkeiten an den Kliniken für Innere Medizin war laut Evaluierungen und Statuserhebung weit vorangeschritten. Nur an der Universitätsklinik für Innere Medizin IV hatte eine solche noch nicht stattgefunden, weil die Vereinbarung erst im Herbst 2014 abgeschlossen worden war. Der RH empfahl dem LKH Innsbruck in diesem Zusammenhang, für eine rasche und umfassende Umsetzung der Vereinbarung zu sorgen.

Im Gegensatz zur Rahmenvereinbarung war für das Injizieren von intramuskulären Medikationen an allen und für das Setzen von Magensonden an vier von sechs Kliniken nach wie vor eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen. Der RH empfahl dem LKH Innsbruck, eine zukünftige mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten zu prüfen.

¹⁵⁶ So erfolgte etwa nach der Vereinbarung der Inneren Medizin V das Anhängen und Wechseln von Infusionslösungen anhand einer Positiv/Negativ-Liste entweder durch Pflege- oder ärztliches Personal. Für das Injizieren von intravenösen Medikamenten galt folgende Arbeitsteilung: Die morgendliche Runde um 8.00 Uhr führten die Ärzte durch, danach wurde die Tätigkeit vom diplomierten Pflegepersonal übernommen.

LK St. Pölten/Lilienfeld

35.1 (1) Für das LK St. Pölten/Lilienfeld galt seit Dezember 2011 eine Richtlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG, die im Jahr 2013 nach einer internen Evaluierung revidiert und in Richtlinie über ärztliche–pflegerische Zusammenarbeit umbenannt wurde (Anhang 3). Zusätzlich zu den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten, enthielt die Richtlinie auch noch fünf¹⁵⁷ weitere Tätigkeiten. Zwei davon – das Verabreichen von intramuskulären und intravenösen Injektionen – waren allerdings weiterhin ausschließlich von Ärzten durchzuführen.

(2) Eine von der NÖ Landeskliniken– Holding im Frühjahr 2014 zur Umsetzung des § 15 GuKG durchgeführte Abfrage zeigte für das LK St. Pölten/Lilienfeld eine gänzliche Übereinstimmung zwischen der in der Richtlinie vereinbarten Aufteilung und dem Ist–Stand zum April 2014.¹⁵⁸

35.2 Der RH stellte positiv fest, dass für das LK St. Pölten/Lilienfeld eine für alle Abteilungen an beiden Standorten verbindliche Richtlinie über die ärztliche–pflegerische Zusammenarbeit in Geltung war, die neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführten noch fünf weitere Tätigkeiten umfasste. Laut den Ergebnissen der Abfrage der NÖ Landeskliniken– Holding war diese auch umgesetzt.

Bezüglich des Injizierens von intramuskulären und intravenösen Medikationen empfahl der RH, für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen.

35.3 *Das Land Niederösterreich teilte mit, dass die angeführten Tätigkeiten ab dem Umsetzungsstart nach entsprechenden Schulungsmaßnahmen auch von der Pflege durchgeführt würden.*

LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

36.1 Für das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl galten je nach Standort unterschiedliche Vereinbarungen betreffend den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich:

¹⁵⁷ das Spülen von Venenzugängen und von Port–a–Cath–Systemen, das Legen von peripheren Venenverweilkanülen, das Entfernen von Sonden und Drainagen, Streifen sowie von Nähten und Klammern sowie das Anlegen und Aufzeichnen eines EKG

¹⁵⁸ Berücksichtigt wurden die Angaben zum allgemeinen Bettenbereich.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Standort Gmünd

(1) Für den Standort Gmünd gab es eine Richtlinie vom Juli 2013 (Anhang 4), die zusätzlich zu den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten, auch noch vier¹⁵⁹ weitere Tätigkeiten enthielt. Eine davon – das Legen von Magensonden – war allerdings weiterhin ausschließlich von Ärzten durchzuführen.

(2) Für den Standort Gmünd ergab die oben genannte Abfrage der NÖ Landeskliniken-Holding ebenfalls eine grundsätzliche Übereinstimmung¹⁶⁰ zwischen der vereinbarten Aufteilung und dem Stand zum April 2014.¹⁶¹ Die Praxis ging sogar insofern ein Stück weit über das ursprünglich in der Richtlinie vereinbarte Ausmaß hinaus, als Magensonden bereits teilweise von diplomierten Pflegekräften gelegt wurden.

Standort Waidhofen

(1) Für den Standort Waidhofen wurde bedingt durch den anhaltenden Turnusärztemangel 2011 ein neues Team im Pflegebereich geschaffen, dessen konkrete Funktion die Übernahme grundsätzlich aller Tätigkeiten aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich war. Dementsprechend war die Richtlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG (Anhang 5) anders ausgestaltet als am Standort Gmünd; darin wurde vor allem festgehalten, in welchen Bereichen das neue Pflegepersonalteam nicht oder nur eingeschränkt tätig werden sollte. Ausschließlich von Ärzten vorzunehmen war laut Richtlinie das Legen von Magensonden.

(2) Auch für den Standort Waidhofen ergab die Abfrage eine vollständige Umsetzung der vereinbarten Aufteilung.¹⁶²

Standort Zwettl

(1) Am Standort Zwettl war eine ursprünglich im Mai 2009 abgeschlossene und danach 2010 sowie 2012 erweiterte Vereinbarung zur Umsetzung des § 15 GuKG in Kraft (Anhang 6), die zusätzlich zu den in § 15

¹⁵⁹ das Spülen von Venenzugängen, das Legen von peripheren Venenverweilkanülen, das Entfernen von Sonden und Drainagen, Streifen sowie von Nähten und Klammern

¹⁶⁰ Blasenkatheder wurden – anders als in der Vereinbarung geregelt – bei Männern nicht vom Pflegepersonal, sondern von den Ärzten gesetzt. Dafür wurde andererseits laut Abfrage mittlerweile auch das Legen von Magensonden zum Teil von diplomierten Pflegekräften übernommen.

¹⁶¹ Berücksichtigt wurden die Angaben zum allgemeinen Bettenbereich.

¹⁶² Berücksichtigt wurden die Angaben zum allgemeinen Bettenbereich.

Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten noch zwei¹⁶³ weitere umfasste. Eine davon – das Legen von peripheren Venenverweilkanülen – war jedoch weiterhin ausschließlich von Ärzten durchzuführen.

(2) Die Abfrage für den Standort Zwettl zeigte eine vollständige Übereinstimmung zwischen der Vereinbarung und dem Stand der Aufteilung zum April 2014.¹⁶⁴

- 36.2** Der RH stellte positiv fest, dass für das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl Richtlinien bzw. Vereinbarungen über die ärztliche-pflegerische Zusammenarbeit galten. Neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführten umfassten diese insgesamt noch fünf weitere Tätigkeiten, die allesamt den Kriterien für eine Zuordnung zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich entsprachen.

Weiters hob der RH die Übereinstimmung zwischen Praxis und Vereinbartem am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl positiv hervor.

Bezüglich des Legens von Magensonden empfahl der RH den Standorten Gmünd und Waidhofen, für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass dies in der Praxis nunmehr auch am Standort Gmünd teilweise erfolgte und am Standort Zwettl laut Vereinbarung schon gängige Praxis war.

- 36.3** *Das Land Niederösterreich teilte mit, dass die angeführten Tätigkeiten ab dem Umsetzungsstart nach entsprechenden Schulungsmaßnahmen auch von der Pflege durchgeführt würden.*

Grad der Umsetzung des § 15 Abs. 5 GuKG

- 37.1** Vor dem Hintergrund der Neuerungen im ÄrzteG 1998, wonach die Gewährleistung der Durchführung der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten durch das diplomierte Pflegepersonal Bedingung für die Anerkennung als Ausbildungsstätte war, verglich der RH die Aufteilung dieser sieben Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten anhand der Ergebnisse der Stuserhebungen, Evaluierungen und Abfragen (siehe TZ 31 bis 36).

Zusammengefasst stellte sich die Aufteilung der Durchführungsverantwortung in den überprüften Krankenanstalten wie folgt dar:

¹⁶³ das Legen von peripheren Venenverweilkanülen und die Durchführung des EKG

¹⁶⁴ Berücksichtigt wurden die Angaben zum allgemeinen Bettenbereich.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Abbildung 5: Vergleich der Umsetzung der in § 15 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten

AKH Wien

KIM I	1	4b	5	6	2a	2b	2c	3	4a	7
KIM II	1	2a	4b	6	2c	3	4a	5	7	2b
KIM III	1	4b	6	2a	2c	3	5	2b	4a	7

LKH Innsbruck

IM I, II, III, VI	1	2a	2c	4a	4b	6	3	5	2b	7
IM IV, V	1	2a	2c	4a	4b	6	3	5	7	2b

LK St. Pölten/ Lilienfeld

	1	2a	4b	6	3	4a	5	7	2b	2c
--	---	----	----	---	---	----	---	---	----	----

LK G/W/Z

Gmünd	1	2a	3	4b	6	2b	2c	4a	5	7
Waidhofen	1	2a	2b	2c	3	4a	4b	6	5	7
Zwettl	1	2a	2b	2c	3	4a	4b	6	7	5

Legende

 diplomiertes Pflegepersonal	 sowohl Ärzte als auch diplomiertes Pflegepersonal	 ausschließlich Ärzte
--	---	--

1. Verabreichung von Arzneimitteln
- 2a. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen Injektionen
- 2b. Vorbereitung und Verabreichung von intramuskulären Injektionen
- 2c. Vorbereitung und Verabreichung von intravenösen Injektionen
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen
- 4a. Blutentnahme aus der Vene
- 4b. Blutentnahme aus den Kapillaren
5. Setzen von transurethralen Blasenkathetern
6. Durchführung von Darmeinläufen
7. Legen von Magensonden

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; NÖ Landeskliniken-Holding; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Wie die Grafik zeigt, erfolgte die Aufteilung der Tätigkeiten gemäß § 15 Abs. 5 GuKG sowohl zwischen den überprüften Krankenanstalten als auch innerhalb von Krankenanstalten zwischen den Universitätskliniken für Innere Medizin (AKH Wien und LKH Innsbruck) bzw. den Standorten (Gmünd, Waidhofen, Zwettl) unterschiedlich. Die Unterschiede waren auf spezifische Voraussetzungen in den jeweiligen Krankenanstalten bzw. an den jeweiligen Abteilungen/Kliniken zurückzuführen.

Insgesamt gesehen erwies sich eine bedarfsgerechte pflegerische Personalausstattung mit angemessenem Skill-Mix zwischen diplomierten Pflegekräften, Pflegehilfskräften und Abteilungsgehilfen als

ein Erfolgsfaktor; deren Fehlen stellte hingegen ein Hindernis bei der Umsetzung des § 15 Abs. 5 GuKG dar. Gleiches galt für die Unterstützung der Organisationseinheiten in organisatorischen Belangen durch neue Berufsgruppen wie medizinische Organisationsassistenten oder Stationssekretäre.

Die im ÄrzteG 1998 für eine Neuankennung als Ausbildungsstätte nunmehr geforderte Durchführung der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten (zumindest auch) durch diplomiertes Pflegepersonal war an der KIM I des AKH Wien und an den Standorten Gmünd und Zwettl gewährleistet. An der KIM II des AKH Wien wurden eine, an der KIM III drei, am LKH Innsbruck je nach Klinik ein bzw. zwei, am LK St. Pölten/ Lilienfeld zwei sowie am Standort Waidhofen eine der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten hingegen nach wie vor ausschließlich von Ärzten durchgeführt.

- 37.2** Der RH anerkannte, dass der Vergleich der Umsetzung des § 15 GuKG in allen überprüften Krankenanstalten das Bemühen erkennen ließ, die Möglichkeiten des mitverantwortlichen Tätigwerdens zu nutzen und die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zu stärken.

Der RH beurteilte dies im Hinblick auf die Ausbildungspraxis positiv, weil dadurch wichtige Schritte zur Entlastung der Turnusärzte von Routinetätigkeiten gesetzt wurden. Unter Hinweis auf die in der ÄrzteG–Novelle vorgesehene Bedingung für eine Neuankennung als Ausbildungsstätte empfahl er jedoch insbesondere der KIM II und der KIM III des AKH Wien, dem LKH Innsbruck, dem LK St. Pölten/Lilienfeld und dem Standort Waidhofen, die mitverantwortliche Durchführung aller ausdrücklich in § 15 Abs. 5 GuKG genannten Tätigkeiten sicherzustellen.

- 37.3** (1) *Laut Stellungnahme der Stadt Wien sei die Umsetzung der Empfehlungen des RH bereits im Gange.*

Die MedUni Wien teilte mit, sie unterstütze die Bemühungen um eine effektivere Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs auf Basis der Rahmenvereinbarung.

(2) *Die TILAK und die MedUni Innsbruck sagten die Umsetzung der Empfehlung bis Ende 2015 zu.*

(3) *Laut Mitteilung des Landes Niederösterreich gebe es eine mit allen Landeskliniken akkordierte Rahmenleitlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG. Im Zuge der Beantragung der Ausbildungsstellen für die Ärzteausbildung NEU werde diese Rahmenleitlinie mit Unterschrift aller*

Pflegedirektionen und ärztlichen Direktionen als Ausdruck der Verbindlichkeit an die Ausbildungskommission sowie an das BMG übermittelt und die Umsetzung stichprobenartig durch die interne Revision überprüft werden.

Rasterzeugnisse

Administration der Rasterzeugnisse

38.1 Über den Erfolg der Ausbildung war ein Rasterzeugnis vorzulegen (§ 26 ÄrzteG 1998). Gemäß ÄAO hatte der Ausbildungsverantwortliche nach Zurücklegung der jeweiligen Mindestausbildungszeiten und Durchführung eines Evaluierungsgesprächs (TZ 40) unverzüglich ein Rasterzeugnis auszustellen. Betrug die Dauer eines Ausbildungsfachs jedoch mehr als ein Jahr, war auch am Ende jedes Ausbildungsjahrs unverzüglich ein Rasterzeugnis auszustellen.

Das Rasterzeugnis bestand aus einem Deckblatt¹⁶⁵, einem Bereich mit der Beschreibung der zu erreichenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten¹⁶⁶ und einem Teil mit Freitextfeldern¹⁶⁷. Das Datum des Evaluierungsgesprächs war einzutragen.¹⁶⁸

Zur Beurteilung der Einhaltung der Vorgaben bezüglich der Rasterzeugnisse an den überprüften Krankenanstalten wählte der RH beispielhaft mindestens 30 % der TÄ/A und TÄ/F für Innere Medizin aus, die ihre Ausbildung in den Jahren 2011 bis 2013 abgeschlossen hatten.

AKH Wien

(1) Das AKH Wien verfügte über eine Leitlinie zur Ausstellung von Rasterzeugnissen. Die Leitlinie führte allerdings aus, dass Ausbildungsverantwortliche über Verlangen des TA/F ein Rasterzeugnis auszustellen hatten. Dies entsprach nicht den aktuellen Bestimmungen der ÄAO. Geregelt war weiters, dass Rasterzeugnisse nicht handschriftlich ausgefüllt werden durften und nicht relevante Punkte bzw. Felder zu streichen waren.

¹⁶⁵ Auf diesem waren Name und Geburtsdatum des Turnusarztes, Dauer der Ausbildung sowie Abteilung anzugeben.

¹⁶⁶ Diese waren vom Ausbildungsverantwortlichen mit Datum und Unterschrift zu bestätigen. Nicht positiv beurteilte Inhalte waren zu begründen.

¹⁶⁷ Freitextfelder gab es bspw. zu absolvierten, theoretischen Unterweisungen, allfälligen fachspezifischen Projekten und allfälligen Anmerkungen des Ausbildungsverantwortlichen.

¹⁶⁸ vergleiche § 23 ÄAO

(2) Die vom RH beispielhaft ausgewählten TÄ/F für Innere Medizin erhielten am AKH Wien Rasterzeugnisse, die weitaus überwiegend unverzüglich nach Ausbildungsende ausgestellt wurden. Entgegen den Vorgaben der ÄAO stellte das AKH Wien jedoch keine jährlichen Rasterzeugnisse aus.¹⁶⁹

(3) Evaluierungsgespräche waren nur in einem Viertel der Fälle mit Datum am Rasterzeugnis vermerkt.

(4) Bezogen auf alle Kliniken führte die Abteilung Medizinischer Betrieb vor der Unterzeichnung der Rasterzeugnisse durch den Ärztlichen Direktor eine Kontrolle der Formalkriterien¹⁷⁰ sowie eine inhaltliche Plausibilitätskontrolle hinsichtlich frei gestalteter Texte der Rasterzeugnisse durch. Eine Überprüfung z.B. der Schlüssigkeit der in den Rasterzeugnissen bestätigten OP-Zahlen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen bzw. Kliniken war nicht vorgesehen (TZ 39). Der vorgelegte Entwurf (TZ 20) sah jedoch eine Verpflichtung zur Dokumentation der von den TÄ/F durchgeführten Eingriffe sowie ihre Übermittlung an bzw. Archivierung durch die Ärztliche Direktion vor.

LKH Innsbruck

(1) Im Gegensatz zum AKH Wien verfügte das LKH Innsbruck über keine Vorgaben zur Ausstellung von Rasterzeugnissen.

(2) Erst ab Mitte 2014, im Zusammenhang mit der Gebarungsüberprüfung durch den RH, archivierte das LKH Innsbruck Kopien der Rasterzeugnisse in der Ärztlichen Direktion. Nur an den einzelnen Universitätskliniken waren die Rasterzeugnisse zum Teil vorhanden.

In den vom RH ausgewählten Fällen wurden die Rasterzeugnisse der TÄ/A in mehr als zwei Drittel der Fälle unverzüglich, bis zu einem Monat nach Beendigung des Ausbildungsfaches, ausgestellt. Entgegen den Vorgaben der ÄAO stellte das LKH Innsbruck für TÄ/F keine jährlichen Rasterzeugnisse aus.

¹⁶⁹ Von den einzelnen Kliniken, zu denen die TÄ/F im Laufe der Ausbildung laut Rotationskonzept rotierten erhielten sie ein Bestätigungsschreiben. Diese Bestätigungsschreiben wurden in den überwiegenden Fällen zeitnah ausgestellt.

¹⁷⁰ Stammdaten, Ausbildungsberechtigung, Unterschrift des Klinikvorstands; Arbeitsanweisung zur Ausstellung von Ausbildungszeugnissen, ADR-AMB-AA

(3) Für die Evaluierungsgespräche der ausgewählten TÄ/A war mehrheitlich ein Datum spätestens bei Beendigung des Ausbildungsabschnitts angegeben. In rd. 20 % war aber kein Datum auf dem Rasterzeugnis vermerkt.

Die Evaluierungsgespräche der TÄ/F waren auf allen Zeugnisformularen angegeben¹⁷¹; in drei Fällen wiesen die Evaluierungsgespräche ein Datum auf, das nach Beendigung der Ausbildung lag.

(4) Bezogen auf alle Kliniken nahm der Stellvertreter der Ärztlichen Direktorin vor deren Unterschriftsleistung eine formale Überprüfung der Rasterzeugnisse hinsichtlich An- und Abwesenheiten, Datum sowie Unterschriften vor. Eine Überprüfung der Plausibilität der in manchen Rasterzeugnissen bestätigten OP-Zahlen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen bzw. Kliniken war nicht vorgesehen.

LK St. Pölten/Lilienfeld

(1) In der Anstaltsordnung des LK St. Pölten/Lilienfeld war explizit vorgegeben, dass Rasterzeugnisse gemäß der ÄAO auszustellen waren.

Nur für den Standort St. Pölten galt seit Juni 2013 die Richtlinie „Dokumentation Ärzteausbildung“. Diese stellte eine Ausfüllhilfe für die Rasterzeugniserstellung dar und legte fest, dass Zeugnisse zeitnah bzw. im Bereich der Facharztausbildung jährlich auszustellen waren. Auch die elektronische Ablage aller Zeugnisse war vorgesehen. Nicht geregelt war dagegen, dass Zeugnisse nur elektronisch oder maschinenschriftlich auszufüllen und nicht relevante Punkte bzw. freibleibende Abschnitte zu streichen waren.

(2) Am Standort St. Pölten wurden rund zwei Drittel bzw. rund die Hälfte der Rasterzeugnisse für TÄ/A bzw. TÄ/F für Innere Medizin unverzüglich ausgestellt. Am Standort Lilienfeld war dies hingegen mehrheitlich nicht der Fall.

(3) Am LK St. Pölten/Lilienfeld lag das Datum der Evaluierungsgespräche mehrheitlich vor oder am Tag der Ausstellung des Rasterzeugnisses. In einigen Fällen war kein Datum eingetragen. Am Standort Lilienfeld lag das Datum der Evaluierungsgespräche in etlichen Fällen aber nach dem Ausstellungsdatum der Rasterzeugnisse. An beiden Standorten wurden die Daten überwiegend handschriftlich vermerkt.

¹⁷¹ In drei Fällen wurde die Ausbildung vor Februar 2007 begonnen und ein altes Rasterzeugnisformular – auf dem Evaluierungsgespräche noch nicht zu vermerken waren – verwendet.

(4) Die Anzahl der Ausbildungstage durch den Konsiliararzt lag zwischen mindestens fünf bis höchstens 14 Tage. Im Durchschnitt waren die TÄ/A 9,5 Tage in Konsiliarbildung¹⁷². Die Konsiliarbildung fand überwiegend nicht geblockt, sondern über einen längeren Zeitraum hinweg statt (oftmals sogar über ein Jahr hinausgehend).

LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl gab es keine Richtlinie zur Ausstellung der Rasterzeugnisse.

(2) Auch die Anstaltsordnung des LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl sah explizit vor, die Rasterzeugnisse gemäß ÄAO auszustellen.

(3) Am Standort Gmünd wurden keine Kopien der Rasterzeugnisse archiviert.¹⁷³ Der RH erhielt daher die Rasterzeugnisse im Wege der Niederösterreichischen Ärztekammer. Demnach wurden die Zeugnisse am Standort Gmünd für TÄ/A unverzüglich, für TÄ/F jedoch – entgegen den rechtlichen Vorgaben – nicht jährlich ausgestellt.

An den Standorten Waidhofen und Zwettl wurde die Mehrheit der Rasterzeugnisse der TÄ/A und TÄ/F nicht unverzüglich ausgestellt, manche sogar erst nach über einem Jahr.

(3) Das Datum des Evaluierungsgesprächs war auf allen Zeugnissen vermerkt, in rund der Hälfte der Fälle aber ident mit dem letzten Tag der Ausbildung oder lag sogar nach ihrer Beendigung.

(4) An den Standorten des LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl lagen die Konsiliarlisten nicht für alle von Konsiliarärzten abgedeckten Ausbildungsfächer den Rasterzeugnissen bei. Daher war eine gesamthafte Aussage über die Anzahl der Ausbildungstage nicht möglich. Die vorliegenden Konsiliarlisten entsprachen hinsichtlich der Mindestanzahl an Konsiliarterminen¹⁷⁴ den Vorgaben der Niederösterreichischen Ärztekammer. Insbesondere an den Standorten Waidhofen und Zwettl fand die Konsiliarbildung überwiegend nicht geblockt, sondern über einen längeren Zeitraum hinweg statt (oftmals sogar im Zeitraum eines halben Jahres).

¹⁷² Die Niederösterreichische Ärztekammer empfahl auf ihrer Homepage aber zehn bis 15 Termine mit dem Konsiliararzt.

¹⁷³ Acht TÄ/A haben die Ausbildung zwischen 2011 bis 2013 abgeschlossen.

¹⁷⁴ Die Niederösterreichische Ärztekammer forderte zehn bis 15 Termine mit dem Konsiliararzt.

Auch in allen überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten – mit Ausnahme des Standortes St. Pölten – erfolgte grundsätzlich eine Überprüfung der Rasterzeugnisse vor Unterzeichnung durch den Standortleiter nur hinsichtlich formaler Kriterien, so auch grundsätzlich keine Überprüfung z.B. der Plausibilität von OP-Zahlen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen. Am Standort St. Pölten war die Beilage eines OP-Kataloges nicht ausreichend; die Operationsarten waren im Einzelnen unter Angabe der jeweiligen Anzahl zu bestätigen.

Ärzteausbildung NEU

Das novellierte ÄrzteG sah umfassendere Regelungen für die Konsiliar- ausbildung vor (§ 9 Abs. 11). Der Bericht des Gesundheitsausschusses führte dazu Folgendes aus:

„Da in einem solchen Fall keine entsprechende Abteilung oder sonstige Organisationseinheit besteht, ist von der ÖÄK die Krankenanstalt als Ausbildungsstätte für dieses Fachgebiet¹⁷⁵ anzuerkennen und eine Ausbildungsstelle festzusetzen. Dabei muss gewährleistet sein, dass die Ausbildung eines Turnusarztes im Ausmaß von zumindest 30 Wochenstunden unter Anleitung und Aufsicht des Konsiliararztes erfolgt. Sofern der Konsiliararzt neben der Tätigkeit in der Krankenanstalt Lehrpraxisinhaber oder Gesellschafter einer Lehrgruppenpraxis ist, darf der Turnusarzt auch dort tätig werden, sofern die Anleitung und Aufsicht durch den Konsiliararzt als Ausbildungsverantwortlichen gegeben ist. Die Bestimmungen hinsichtlich Ausbildungsstätten sowie die Wahrung der Ausbildungsqualität sind sinngemäß anzuwenden.“

38.2 Der RH stellte kritisch fest, dass die Vorgangsweisen im Zusammenhang mit der Ausstellung der Rasterzeugnisse, dem wesentlichsten Ausbildungs-Erfolgsnachweis, häufig nicht den Vorgaben der ÄAO entsprachen und die Kontrollen unzureichend waren:

- So wurden etwa die Rasterzeugnisse für TÄ/F am AKH Wien, am LKH Innsbruck und am Standort Gmünd entgegen den Vorgaben der ÄAO nicht jährlich ausgestellt.
- Teilweise (insbesondere an den Standorten Lilienfeld, Waidhofen und Zwettl) erfolgte die Ausstellung der Rasterzeugnisse – entgegen den Bestimmungen der ÄAO – nicht unverzüglich nach Ausbildungsende, manche wurden sogar erst nach über einem Jahr ausgestellt.

¹⁷⁵ Die Fachgebiete waren in der ÄAO festzulegen (z.B. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde etc.).

- Die Evaluierungsgespräche, die ein zentrales Instrument der Lernfortschrittskontrolle darstellen (TZ 40), waren oftmals gar nicht vermerkt oder – entgegen den Vorgaben der ÄAO – nach dem Ausbildungsende datiert.
- Eine Richtlinie für die Administration von Rasterzeugnissen lag neben dem AKH Wien nur am LK St. Pölten/Lilienfeld¹⁷⁶ für den Standort St. Pölten vor; die Richtlinie des AKH Wien entsprach teilweise nicht den Bestimmungen der ÄAO.
- In der Ärztlichen Direktion erfolgte zumeist nur eine formale Überprüfung der Rasterzeugnisse. Eine Prüfung z.B. der Plausibilität von OP-Zahlen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen war – mit Ausnahme des Standortes St. Pölten, wo zumindest detaillierte Angaben gefordert wurden – bis zur Gebarungsüberprüfung nicht vorgesehen.
- Am LKH Innsbruck erfolgte eine Archivierung der Rasterzeugniskopien in der Ärztlichen Direktion erst ab Mitte 2014; am Standort Gmünd wurden keine Kopien der Rasterzeugnisse aufbewahrt.

Im Hinblick auf die festgestellte – wenig zufriedenstellende – Praxis betreffend die Konsiliarbildung (z.B. mangelhafte Dokumentation, zu wenige Ausbildungstermine, siehe auch TZ 28) bewertete der RH die umfassendere Regelung sowie die Bindung an Qualitätsvorgaben in der Ärzteausbildung NEU positiv.

Im Zusammenhang mit den Rasterzeugnissen sprach der RH folgende Empfehlungen aus:

AKH Wien und LKH Innsbruck

Im Hinblick auf die in der ÄAO vorgesehene jährliche Zeugnisausstellung empfahl der RH dem AKH Wien und dem LKH Innsbruck – auch unter Berücksichtigung etwaiger Änderungen im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung NEU – eine rechtskonforme Vorgehensweise. Überdies empfahl der RH dem AKH Wien, die Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse entsprechend anzupassen. Weiters wäre das Datum des – mit TÄ/F jährlich zu führenden – Evaluierungsgesprächs in den Rasterzeugnissen zu vermerken.

¹⁷⁶ Am Standort Lilienfeld war eine Einführung geplant.

Dem LKH Innsbruck empfahl der RH, in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU eine Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse zu erlassen; diese sollte u.a. regeln, dass die Rasterzeugnisse regelmäßig auszustellen und die Evaluierungsgespräche zu vermerken sowie die Rasterzeugnisse zu archivieren waren (einschließlich Aufbewahrungsdauer).

LK St Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken– Holding empfahl der RH – etwa unter Heranziehung der bereits vorliegenden Richtlinie des LK St. Pölten/Lilienfeld in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU – Vorgaben für alle niederösterreichischen Krankenanstalten zu erlassen. Auch darin sollte u.a. geregelt sein, dass Rasterzeugnisse zu archivieren und unverzüglich nach Beendigung des Ausbildungsabschnitts (TÄ/A) bzw. nach Ablauf eines Ausbildungsjahrs (TÄ/F) auszustellen sowie die Evaluierungsgespräche zu vermerken waren.

Vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Trägers bzw. des Ärztlichen Direktors empfahl der RH allen überprüften Krankenanstalten eine vertiefte – zumindest stichprobenartige – Kontrolle der Rasterzeugnisse, bspw. im Hinblick auf die tatsächliche Erfüllbarkeit der Vorgaben in den Rasterzeugnissen oder die rechtlich vorgegebene Dokumentation der Evaluierungsgespräche. (TZ 40)

Hinsichtlich der Konsiliarausbildung empfahl der RH dem Land Niederösterreich, der NÖ Landeskliniken– Holding, dem LK St. Pölten/Lilienfeld sowie dem LK Gmünd/Waidhofen/ Zwettl, die rechtlichen Vorgaben entsprechend umzusetzen. Im Interesse einer durchgängig qualitätsgesicherten Ausbildung empfahl der RH dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken– Holding, in diesem Zusammenhang auch für die Konsiliarausbildung einheitliche Vorgaben (Tätigkeits- und Aufgabenprofil, Administration der Rasterzeugnisse etc.) zu schaffen.

- 38.3** (1) *Laut Mitteilung der Stadt Wien habe das AKH Wien von der Ärztekammer Wien bisher die Information erhalten, dass die Ausstellung von Rasterzeugnissen nicht jährlich erfolgen müsse. Die Empfehlung des RH werde mit der Ärztekammer Wien nochmals behandelt, sodass eine akkordierte Vorgangsweise in Bezug auf den Zyklus der Ausstellung der Rasterzeugnisse vorliege.*

Weiters sei der Inhalt der Richtlinie für die Administration von Rasterzeugnissen in Abstimmung mit der Ärztekammer Wien erfolgt. Aufgrund der derzeitigen neuen Definition der Vorgehensweise und Einarbeitung der Ärzteausbildung NEU werde die Richtlinie überarbeitet. Eine vertiefte inhaltliche Kontrolle der Rasterzeugnisse werde im Rahmen der geplanten Audits stattfinden. Ferner sei die Überprüfung des datierten Evaluierungsgesprächs der Checkliste zur Überprüfung der Rasterzeugnisse hinzugefügt worden.

(2) Laut Stellungnahme der TILAK erfolge die empfohlene Kontrolle, dass die Evaluierungsgespräche durchgeführt wurden, über das dafür implementierte IT-Tool. Eine inhaltliche Kontrolle, ob die vorgegebenen Themenbereiche auch tatsächlich behandelt wurden, könne nur stichprobenartig erfolgen. Die Rasterzeugnisse würden von der Ärztlichen Direktion elektronisch gespeichert. Ziel sei es, die Rasterzeugnisse im Ausbildungs-IT-Tool zu speichern; die technische Umsetzung müsse noch abgeklärt werden.

(3) Das Land Niederösterreich führte aus, dass eine Kontrolle der Rasterzeugnisvorgaben und Fallzahlen durch das BMG auf Grundlage der gemeldeten LKF-Leistungszahlen vorgesehen sei. Die Umsetzung der Empfehlung des RH betreffend Vorgaben für die Administration der Rasterzeugnisse werde analog der Vorgehensweise am LK St. Pölten/Lilienfeld an die Klinik- und Abteilungsleitungen kommuniziert und durch die interne Revision der NÖ Landeskliniken-Holding überprüft werden.

Weiters sagte das Land Niederösterreich die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben für die Konsiliarausbildung mit Inkrafttreten der ÄAO-Novelle zu. Wo die zeitliche Verfügbarkeit der Konsiliarärzte nicht in ausreichendem Maß gewährleistet sei, um die Jungärzte vorgabekonform anleiten und ausbilden zu können, würden Rotationen zu entsprechenden Fachabteilungen anderer Klinikstandorte eingerichtet. Die Konsiliarärzte würden in Abstimmung mit dem ärztlichen Direktor ein Ausbildungskonzept für die Konsiliarausbildung erstellen. Sofern dieses von der Ärztekammer als unzureichend abgelehnt würde, sei eine Rotation an die Fachabteilung eines anderen Standorts zu koordinieren. Bereits jetzt sei in den Ausschreibungen für die Neubesetzung von Konsiliarärzten die Ausbildung von Jungmediziner Teil des Aufgabenprofils und werde bei der Auswahl der Bewerber stark gewichtet.

- 38.4** Der RH wies die überprüften Krankenanstaltenträger und die Med-Uni Innsbruck darauf hin, dass er in seiner Stellungnahme zum Entwurf der KEF und RZ VO 2015 angemerkt hatte, dass die ÄAO 2015 eine Neuregelung betreffend die Häufigkeit bzw. die Zeitpunkte der

Ausstellung der Rasterzeugnisse und – damit im Zusammenhang – die Führung von Evaluierungsgesprächen (§ 22 ÄAO 2015) vorsah; Häufigkeit bzw. Zeitpunkte variieren je nach Ausgestaltung der jeweiligen Ausbildungsabschnitte bzw. der Sonderfach Grundausbildung und Sonderfach Schwerpunktausbildung.

Um sicherzustellen, dass die Rasterzeugnisse ordnungsgemäß ausgestellt und die Evaluierungsgespräche – als zentrale Instrumente der Lernfortschrittskontrolle – zeitnah vor Ausstellung der Rasterzeugnisse geführt werden, hatte der RH in dieser Stellungnahme zur KEF und RZ VO 2015 angeregt, die entsprechenden Zeitpunkte im Sinne des § 23 ÄAO 2015 auf den jeweiligen Rasterzeugnisformularen ausdrücklich anzuführen.

Weiters hatte der RH in dieser Stellungnahme angeregt, zur Sicherstellung der Einhaltung der Dokumentationspflicht von Evaluierungsgesprächen (§ 22 ÄAO) durch den Ausbildungsverantwortlichen, in den (Muster)Rasterzeugnissen bzw. in den Rasterzeugnisformularen die Beilage eines entsprechenden Nachweises vorzusehen.

Der Stadt Wien gegenüber hielt der RH weiters fest, dass die Zeitpunkte für die verpflichtende Ausstellung der Rasterzeugnisse und die ebenso verpflichtende Abhaltung der Evaluierungsgespräche in der ÄAO 2015 (§ 23) klar und eindeutig geregelt waren. Vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters hielt der RH eine vertiefte Prüfung der Rasterzeugnisse nur dann für wirkungsvoll und qualitätssichernd, wenn sie regelmäßig und standardisiert erfolgt.

Gegenüber der TILAK wiederholte der RH im Sinne der Qualitätssicherung seine Empfehlungen nach Erlassung einer Richtlinie betreffend die Administration der Rasterzeugnisse und deren vertiefte Kontrolle auch im Hinblick auf die Erfüllbarkeit der darin normierten Vorgaben (z.B. Richtzahlen).

Gegenüber dem Land Niederösterreich stellte der RH klar, dass die Verantwortung für die Vermittlung der erforderlichen Erfahrungen, Kenntnisse und Fertigkeiten vor allem beim Ausbildungsverantwortlichen lag; den Ausbildungserfolg hat in der Regel dieser durch seine Unterschrift zu bestätigen. Die Ausbildungsverantwortung der Krankenanstalt umfasste aus Sicht des RH jedoch jedenfalls auch eine Überprüfung der tatsächlichen Erfüllbarkeit der geforderten bzw. bestätigten Richt- bzw. Fallzahlen durch diese selbst. Betreffend Vorgaben für die Administration der Rasterzeugnisse waren zur Gewährleistung der Umsetzung sowie im Sinne der Nachvollziehbarkeit und Trans-

parenz jedenfalls schriftliche Festlegungen (auch für Konsiliarärzte) erforderlich.

Erfüllbarkeit der Rasterzeugnisvorgaben

39.1 (1) Für die Erstellung der Rasterzeugnisse griff die ÖÄK über ihre Fachgruppen auf die von ihr akkreditierten wissenschaftlichen Fachgesellschaften zurück. Diese entwickelten u.a. die in den Rasterzeugnissen für sogenannte „schneidende Fächer“ enthaltenen Operationskataloge. Darin waren für bestimmte Eingriffe Fallzahlen vorgesehen, die der Turnusarzt zu erbringen hatte, um seine Ausbildung erfolgreich abschließen zu können.

Da die Rasterzeugnisse für den schwerpunktmäßig überprüften Fachbereich Innere Medizin keine quantitativen Vorgaben enthielten, analysierte der RH die Erfüllbarkeit der Rasterzeugnisvorgaben in den Sonderfächern Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

Sonderfach Chirurgie

Das Rasterzeugnis für das Sonderfach Chirurgie enthielt einen OP-Katalog, der für die vierjährige Ausbildung im Hauptfach die Durchführung von insgesamt 420 Operationen und/oder diagnostischen/therapeutischen Eingriffen vorsah. Der Katalog war nach Körperregionen (Kopf/Hals, Brustwand/Brusthöhle, Bauchwand/Bauchhöhle, Weichteile/ Stütz- und Bewegungsapparat, Gefäße/Nervensystem) aufgeteilt und enthielt Richtzahlen für einzelne Eingriffsarten.

Tabelle 12: Ausgewählte Richtzahlen im Rasterzeugnis für Chirurgie

	Appendektomien	Hernien-OP	Cholezystektomien	Schilddrüsenresektionen
Richtzahl	35	35	30	10

Quellen: Rasterzeugnisse der ÖÄK

Diese Richtzahlen konnten um maximal 20 % unterschritten werden, wenn dies durch zusätzliche Eingriffe in einer oder mehreren anderen Regionen ausgeglichen wurde. Die Gesamtzahl von 420 Operationen war jedenfalls zu erreichen. Die Grundlagen für die konkreten Zahlen waren nicht transparent dargelegt.

Rasterzeugnisse

Ebenso wenig wurde die Anpassung des OP-Katalogs im Rahmen der – 2008 erfolgten – zweiten Novelle der KEF-VO¹⁷⁷, in der die Gesamttrichtzahl von 400 auf 420 und bspw. die Richtzahl für Appendektomien (Blinddarmoperation) von 30 auf 35 und für Schilddrüsenresektionen von fünf auf zehn erhöht wurde, begründet.

(2) Der RH überprüfte – anhand einer Gegenüberstellung der Anzahl der an der/den jeweiligen Abteilung/-en bzw. Klinik/-en für Chirurgie tätigen Ärzte einschließlich der TÄ/F mit der Anzahl der über vier Jahre hinweg erbrachten Eingriffe –, wie realistisch eine Erreichung dieser Richtzahlen war.

Unter der theoretischen Annahme einer gleichmäßigen Verteilung der über vier Jahre hinweg erbrachten Eingriffe auf alle Ärzte der Abteilung/-en bzw. Klinik/-en lag etwa die Anzahl der auf jeden einzelnen Arzt entfallenden Appendektomien in fünf von sieben Krankenanstalten unterhalb der Schwelle von 80 % (28) der Richtfallzahl (35), wie die folgenden Tabelle zeigt:

Tabelle 13: Appendektomien an den Abteilungen bzw. Kliniken für Chirurgie 2010 bis 2013								
	Ärzte gesamt	TÄ/F/ Stellen ¹	Appendektomien					Fallzahl/ Arzt
			2010	2011	2012	2013	2010 bis 2013	
Anzahl								
AKH Wien	145	53 / –	373	400	376	372	1.521	10,5
LKH Innsbruck	93	41 / –	450	414	396	429	1.689	18,2
Standort St. Pölten	27	7 / 9	262	189	184	207	842	31,2
Standort Lilienfeld	7	2 / 2	69	81	69	53	272	38,9
Standort Gmünd	7	2 / 2	18	28	35	29	110	15,7
Standort Waidhofen	9	2 / 3	67	45	51	55	218	24,2
Standort Zwettl	10	3 / 3	56	71	58	67	252	25,2

¹ Stand zum 31. Dezember 2013

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl; DIAG; Rasterzeugnisse der ÖÄK

¹⁷⁷ Verordnung der ÖÄK über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse und Prüfungszertifikate

Einer der Gründe hierfür war, dass die Anzahl der erbrachten Appendektomien seit dem Jahr 2001 österreichweit um rund ein Drittel zurückgegangen war. Seit der Erlassung der KEF-VO im Jahr 2007 betrug der Rückgang rd. 14 %. Dennoch war die Richtzahl im Jahr 2008 von 30 auf 35 erhöht und danach auch nicht mehr reduziert worden.

Die Abweichung zwischen der ermittelten Anzahl der theoretisch auf jeden einzelnen Arzt entfallenden Eingriffe bei gleichmäßiger Verteilung über vier Jahre hinweg und der Richtzahl bedeutete jedoch nicht, dass die Vorgabe aus dem Rasterzeugnis keinesfalls zu erreichen war. Allerdings war der Ausbildungsaspekt bei der Operationsplanung entsprechend zu berücksichtigen und Fachärzte mussten den TÄ/F wenn notwendig den Vortritt lassen, um dies dennoch zu ermöglichen. Insbesondere an den Universitätskliniken war darüber hinaus ein sehr hoher Spezialisierungsgrad gegeben, der in der Regel dazu führte, dass nur eine bestimmte Teilmenge der chirurgischen Fachärzte überhaupt für die Durchführung einer Appendektomie in Frage kam.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Im Rasterzeugnis für die Ausbildung zum Facharzt im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe war ebenfalls ein OP-Katalog – untergliedert in die Kategorien Geburtshilfe, diagnostische Untersuchungen und Gynäkologie – enthalten. Dieser sah zwar auch Richtwerte für die Anzahl der im Rahmen der vierjährigen Ausbildung im Hauptfach zu erbringenden Operationen, aber keine Gesamtzahl und keine 80 %-Regelung vor. Ebenso wenig wie für den Fachbereich Chirurgie fand sich in der KEF-VO bzw. im Rasterzeugnis selbst eine Grundlage für die konkreten Zahlen bzw. eine Begründung für die Anpassung einzelner Richtzahlen des OP-Katalogs im Rahmen der 3. Novelle der KEF-VO (2010).

Tabelle 14: Ausgewählte Richtzahlen im Rasterzeugnis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	Leitung normaler Geburten	Kaiserschnitte	Curettagen
Richtzahl	200	40	100

Quellen: Rasterzeugnisse der ÖÄK

Auch hier überprüfte der RH, inwieweit diese Richtzahlen grundsätzlich erreichbar waren, indem er die Anzahl der an der/den jeweiligen Abteilung/-en bzw. Klinik/-en für Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätigen Ärzte einschließlich der TÄ/F der Anzahl der über vier Jahre hinweg erbrachten Eingriffe gegenüberstellte.

Rasterzeugnisse

Unter der theoretischen Annahme einer gleichmäßigen Verteilung der über vier Jahre hinweg durchgeführten Eingriffe auf alle Ärzte der Abteilung/-en bzw. Klinik/-en lag etwa die Anzahl der auf jeden einzelnen Arzt entfallenden normalen Geburten in allen überprüften Krankenanstalten deutlich unterhalb der Richtfallzahl (200), wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 15: Normale Geburten an den Abteilungen bzw. Kliniken für Frauenheilkunde 2010 bis 2013

	Ärzte gesamt	TÄ/F/ Stellen ¹	normale Geburten					Fallzahl/ Arzt
			2010	2011	2012	2013	2010 bis 2013	
			Anzahl					
AKH Wien	89	22 / -	1.139	855	967	1.332	4.293	48,2
LKH Innsbruck	47	22 / -	1.057	1.073	1.080	1.125	4.335	92,2
Standort St. Pölten	15	4 / 4	587	536	513	549	2.185	145,7
Standort Lilienfeld	8	2 / 2	289	261	306	260	1.116	139,5
Standort Waidhofen	9	1 / 1	223	227	208	199	857	95,2
Standort Zwettl	9	2 / 2	347	410	364	367	1.488	165,3

¹ Stand zum 31. Dezember 2013

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl; DIAG; Rasterzeugnisse der ÖÄK

Auch hier galt grundsätzlich, dass die Erreichung der Richtzahl nicht auszuschließen war, sofern der Ausbildungsaspekt bei der Operationsplanung entsprechend berücksichtigt wurde und Fachärzte den TÄ/F wenn notwendig den Vortritt ließen.

Für die Eingriffsart Kaiserschnitt fiel das Ergebnis der Gegenüberstellung genau umgekehrt aus. Hier lag die Anzahl der auf jeden einzelnen Arzt entfallenden Eingriffe nur bei einer Krankenanstalt deutlich unter der Richtfallzahl (40). Eine weitere Krankenanstalt unterschritt diese nur knapp. Alle anderen erfüllten die Anforderung eindeutig, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 16: Kaiserschnitte an den Abteilungen bzw. Kliniken für Frauenheilkunde 2010 bis 2013

	Ärzte gesamt	TÄ/F/ Stellen ¹	Kaiserschnitte					Fallzahl/ Arzt
			2010	2011	2012	2013	2010 bis 2013	
			Anzahl					
AKH Wien	89	22 / –	1.177	1.031	1.151	1.351	4.710	52,9
LKH Innsbruck	47	22 / –	829	753	851	822	3.255	69,3
Standort St. Pölten	15	4 / 4	315	272	277	303	1.167	77,8
Standort Lilienfeld	8	2 / 2	69	56	57	50	232	29
Standort Waidhofen	9	1 / 1	68	80	93	85	326	36,2
Standort Zwettl	9	2 / 2	177	221	208	208	814	90,4

¹ Stand zum 31. Dezember 2013

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl; DIAG; Rasterzeugnisse der ÖÄK

Grund hierfür war, dass die Richtzahl von 200 für die Leitung normaler Geburten im Vergleich zu der Richtzahl von 40 für Kaiserschnitte – dies entsprach einem Verhältnis von 83:17 – sehr hoch war. In fünf von sechs Krankenanstalten spiegelte das tatsächliche Leistungsgeschehen zwischen 2010 und 2013 diese Werte nicht wider; das Verhältnis zwischen normalen Geburten und Kaiserschnitten lag für diesen Zeitraum zwischen 72:28 und 48:52 und wich damit deutlich von dem Verhältnis der Richtzahlen ab.

39.2 Der RH stellte anhand von Beispielen aus den OP-Katalogen für Chirurgie (Appendektomien) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (normale Geburten/Kaiserschnitte) kritisch fest, dass die darin enthaltenen Richtzahlen dem tatsächlichen Leistungsgeschehen nicht gerecht wurden.

So wurde die Richtzahl für Appendektomien ein Jahr nach Erlassung der KEF-VO angehoben, obwohl bei den Appendektomien österreichweit seit längerem ein signifikanter Rückgang – um rund minus ein Drittel seit 2001 – zu beobachten war. Auch die Richtzahl von 200 für die Leitung normaler Geburten war im Vergleich zu der Richtzahl von 40 für Kaiserschnitte zu hoch. Dem Verhältnis der Richtzahlen von 83:17 standen in fünf von sechs Krankenanstalten tatsächliche Verhältnisse zwischen normalen Geburten und Kaiserschnitten von 72:28 bis 48:52 gegenüber.

Aus der Sicht des RH deutete dies auf die Notwendigkeit einer Anpassung der Richtzahlen hin. Unter Verweis auf die Verpflichtung in § 24 Abs. 2 ÄrzteG 1998, die KEF-VO unter Beachtung aktueller Entwicklungen regelmäßig anzupassen, empfahl er dem BMG, darauf hinzuwirken, dass den Entwicklungen bei den Appendektomien und der Geburtshilfe Rechnung getragen wird und die OP-Kataloge entsprechend aktualisiert werden. Zusätzlich wären auch die Richtzahlen für andere Eingriffe vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklung und dem tatsächlichen Leistungsgeschehen zu evaluieren.

- 39.3** *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme auf die KEF-VO, die gemäß ÄrzteG 1998 von der ÖÄK unter Beachtung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft und der internationalen Entwicklung zu erlassen sei. Darauf aufbauend seien die entsprechenden Rasterzeugnisse und Logbücher zu erstellen. Richtzahlen würden grundsätzlich von den jeweiligen Fachgesellschaften erarbeitet. Die Kommission für die ärztliche Ausbildung setze sich zusätzlich mit diesen Fragen auseinander.*
- 39.4** Gegenüber dem BMG verwies der RH auf seine Stellungnahme zum Entwurf der KEF und RZ VO 2015. Darin hatte der RH u.a. angeregt, die Grundlagen der in den Anlagen zur KEF und RZ VO 2015 enthaltenen Vorgaben insbesondere betreffend OP-Kataloge bzw. Fertigkeiten und Richtzahlen darzulegen, weil nicht beurteilt werden konnte, ob die Festlegungen der ÖÄK dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft entsprachen (§ 24 ÄrzteG 1998). Darüber hinaus hatte der RH in seiner Stellungnahme im Begutachtungsverfahren u.a. ausgeführt, dass die Vorgaben zur Erreichung der Richtzahlen – insbesondere in den Operationskatalogen und betreffend die zu erlangenden Fertigkeiten – in den Anlagen zur KEF und RZ VO 2015 von Fachbereich zu Fachbereich unterschiedlich genau determiniert bzw. (teilweise) gar keine Richtzahlen für Operationen bzw. Fertigkeiten vorgesehen waren. Der RH hatte – vor allem auch vor dem Hintergrund der Sicherstellung einer qualitätsgesicherten Ärzteausbildung – daher aussagekräftige Erläuterungen bzw. entsprechende Überarbeitungen der Anlagen der KEF und RZ VO 2015 angeregt.

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

Lernfortschritts-
kontrollen

40.1 Ein Instrument zur Lernfortschrittskontrolle von Turnusärzten waren die in der ÄAO vorgeschriebenen sogenannten Evaluierungsgespräche¹⁷⁸. Diese Gespräche waren vor Ausstellung der Rasterzeugnisse (siehe TZ 38) vom Ausbildungsverantwortlichen mit dem Turnusarzt zu führen und zu dokumentieren.

Nach den Erläuterungen zur ÄAO sollen sie einen Beitrag zur Qualitätsoptimierung in der ärztlichen Ausbildung leisten; in diesem Zusammenhang verwiesen die Erläuterungen auf das einmal jährlich verpflichtend zu führende Mitarbeitergespräch¹⁷⁹, ohne das Verhältnis dieser beiden Instrumente zueinander zu definieren bzw. diese klar voneinander abzugrenzen.

In der Praxis bestand Unklarheit; es wurde teilweise davon ausgegangen, dass das Mitarbeitergespräch mit dem Evaluierungsgespräch gleichzusetzen war bzw. dieses ersetzte.

AKH Wien und LKH Innsbruck

(1) Betreffend die TÄ/A am LKH Innsbruck konnte dem RH keine Dokumentation der Evaluierungsgespräche zwischen beispielhaft ausgewählten TÄ/A und den jeweiligen Ausbildungsverantwortlichen vorgelegt werden.

Allerdings führte das AZW regelmäßig strukturierte Gespräche¹⁸⁰ mit den TÄ/A des LKH Innsbruck. Ziele des verpflichtend einmal jährlich stattfindenden Zwischengesprächs waren die Rückmeldung über den bisherigen Verlauf sowie die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen und Plänen für das folgende Jahr. Die Themen umfassten u.a. die Ausbildungsinhalte der Rasterzeugnisse, die Verwendung des Logbuchs, Fortbildungen und die Frage nach dem Tätigwerden der Mentoren. Im Abschlussgespräch erfolgte eine Gesamtevaluierung über die Ausbil-

¹⁷⁸ Gemäß § 23 ÄAO hat der Ausstellung der Rasterzeugnisse ein Evaluierungsgespräch über den jeweiligen Ausbildungsabschnitt zwischen dem Ausbildungsverantwortlichen und dem Turnusarzt voranzugehen, das von dem Ausbildungsverantwortlichen zu dokumentieren ist.

¹⁷⁹ gemäß § 45a Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979 bzw. § 5 Vertragsbedienstetengesetz 1948; gemäß Universitätsgesetz 2002 und dem Kollektivvertrag für die Arbeitnehmer der Universitäten war das Mitarbeitergespräch vom Leiter einer Organisationseinheit einmal im Kalenderjahr nachweislich mit den ihm unterstellten Arbeitnehmern (hier TÄ/F der MedUni Wien/MedUni Innsbruck) verpflichtend zu führen

¹⁸⁰ so genannte Zwischen- und Abschlussgespräche

dungszeit. Dazu wurden dem RH zu beispielhaft ausgewählten TÄ/A die entsprechenden Formblätter vorgelegt.

(2) Hinsichtlich der am AKH Wien und am LKH Innsbruck tätigen vom RH ausgewählten TÄ/F, die bei der MedUni Wien bzw. der MedUni Innsbruck beschäftigt waren, fehlte ebenfalls eine Dokumentation der Evaluierungsgespräche mit den Ausbildungsverantwortlichen. Mitarbeitergespräche waren nur teilweise dokumentiert.

Für TILAK-TÄ/F waren gemäß Betriebsvereinbarung formalisierte Gespräche¹⁸¹ vorgesehen, die zu Beginn der Ausbildung, vor Ablauf des befristet abgeschlossenen ersten Ausbildungsjahres und ein halbes Jahr vor Ablauf des sechsten Ausbildungsjahres zu führen waren. Dazu konnten dem RH zu beispielhaft ausgewählten TÄ/F nur teilweise dokumentierte Ausbildungsgespräche¹⁸² vorgelegt werden.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Auch die überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten verfügten über keine Dokumentation der Evaluierungsgespräche. Mitarbeitergespräche waren erst ab 1. Jänner 2014 verbindlich vorgesehen.

40.2 Der RH erachtete das in der ÄAO verpflichtend vorgesehene Evaluierungsgespräch als zentrales Instrument der Lernfortschrittskontrolle im Rahmen der Ärzteausbildung. Er stellte kritisch fest, dass in keiner der von ihm überprüften Krankenanstalten eine Dokumentation über geführte Evaluierungsgespräche vorgelegt werden konnte.

In diesem Zusammenhang war aus seiner Sicht jedoch auch der Verweis auf das Mitarbeitergespräch in den Erläuterungen zur ÄAO unklar; er ließ offen, ob etwa für den Fall, dass insbesondere ein TÄ/F mehrere Jahre in einer Abteilung/Klinik tätig war, ein Evaluierungsgespräch auch im Rahmen eines Mitarbeitergesprächs geführt werden konnte. Hiezu stellte er kritisch fest, dass auch die Mitarbeitergespräche nicht immer lückenlos dokumentiert waren.

¹⁸¹ Im Zielvereinbarungsgespräch sollten neben der Festlegung eines individuellen Ausbildungsplans evaluierbare Lernziele pro Bereich (Stationen, Ambulanzen, OP) und die dort jeweils zu verbringende Zeitdauer bestimmt werden. Im ersten Jahr sollte nach einer Ziele-Evaluierung die Frage der persönlichen Eignung und der für das Fach sowie die Auswahl der Gegenfächer inklusive einer Mitarbeiterbeurteilung Inhalt des Ausbildungsgesprächs sein. In einem Abschlussgespräch sollte die Ausbildung gegenseitig reflektiert und zum Zweck der Qualitätssicherung der Ausbildung analysiert werden.

¹⁸² z.B. Innere Medizin I und V

Wenn sie auch die Evaluierungsgespräche zwischen den Ausbildungsverantwortlichen und den Turnusärzten nicht ersetzten, bewertete der RH die am AZW mit den TÄ/A regelmäßig geführten und dokumentierten Evaluierungsgespräche positiv; auch diese ermöglichten eine Qualitätskontrolle.

Der RH, der keinen inhaltlichen Zusammenhang sah, empfahl dem BMG, das Verhältnis zwischen Evaluierungsgespräch und Mitarbeitergespräch klarzustellen.

Dieser Klarstellung entsprechend empfahl er den Krankenanstalten-trägern bzw. den Medizinischen Universitäten, nachdrücklich darauf hinzuwirken, dass die Ausbildungsverantwortlichen die Evaluierungsgespräche regelmäßig und rechtzeitig (siehe TZ 38) führen sowie diese auch dokumentieren. Der RH empfahl ihnen weiters, Ablauf und zu behandelnde Themenbereiche der Evaluierungsgespräche (etwa in Form einer Richtlinie) einheitlich zu regeln. Zur Überprüfung der Einhaltung dieser Vorgaben wären geeignete Umsetzungs- und Kontrollmechanismen festzulegen.

40.3 *(1) Laut Stellungnahme des BMG würden Evaluierungsgespräche eine spezielle Auseinandersetzung mit der Entwicklung der Kompetenzen im Hinblick auf die Ausbildung vorsehen. Mitarbeitergespräche hingegen beruhten auf dem Dienstverhältnis und dienten einer Reflexion der damit zusammenhängenden Komponenten.*

(2) Die Stadt Wien teilte mit, dass die Überprüfung des datierten Evaluierungsgesprächs der Checkliste zur Überprüfung der Rasterzeugnisse hinzugefügt worden sei. Die Empfehlungen des RH seien bereits umgesetzt.

Die MedUni Wien teilte mit, dass in Umsetzung der Empfehlungen des RH die Evaluierungsgespräche bei der kommenden Überarbeitung des „Leitfadens für Führungskräfte und Mitarbeiterinnen zur Durchführung von Mitarbeiterinnengesprächen“ mitaufgenommen würden, wobei die Evaluierungsgespräche bei den Ärzten in Facharztausbildung sinnvollerweise in die Mitarbeitergespräche integriert würden. Im Leitfaden würden entsprechende Ergänzungen hinsichtlich Ablaufs, Themen und Dokumentation vorgenommen.

(3) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck laufe derzeit das Projekt „Mitarbeitergespräch mit ÄrztInnen“, in dem auch die Vorgaben bezüglich zeitlichen Ablaufs und Inhalte des ÄrzteG 1998 sowie der ÄAO 2015 berücksichtigt würden. Mit Beginn der neuen ÄAO würden die neuen bzw. überarbeiteten Formate eingeführt und

allen Ärzten elektronisch zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse der Gespräche würden einerseits im Rasterzeugnis festgehalten, andererseits in den entsprechenden Formularen. Die empfohlene Kontrolle, dass die Evaluierungsgespräche durchgeführt wurden, erfolge über das dafür implementierte IT-Tool. Eine inhaltliche Kontrolle, ob die vorgegebenen Themenbereiche auch tatsächlich behandelt wurden, könne nur stichprobenartig erfolgen. Für den Umgang mit den Ergebnissen aus der Evaluation werde ein hausinternes Procedere ausgearbeitet. Sobald eventuelle Vorgaben aus der ÄAO bzw. der ÖÄK vorlägen, würden auch diese in das Konzept Eingang finden.

(4) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich sei die Durchführung von Evaluierungsgesprächen und eine entsprechende Dokumentation durch die Ausbildungsverantwortlichen künftig vorgesehen und werde den Klinikleitungen und Primärärzten kommuniziert werden. Die Regelung über den Ablauf und die Inhalte der Evaluierungsgespräche sollten von der Ärztekammer analog der Ärztekammervorgabe für die Ausbildungskonzepte erstellt und zur Verfügung gestellt werden. Diese würden dann sobald diese verfügbar seien, umgesetzt werden. Stichprobenartige Überprüfungen durch die Abteilung „Revision“ der NÖ Landeskliniken-Holding seien in weiterer Folge geplant.

40.4 Der RH wies gegenüber dem BMG, den überprüften Krankenanstalten-trägern und den Medizinischen Universitäten auf seine Stellungnahmen zu den Entwürfen der ÄAO 2015 sowie der KEF und RZ VO 2015 hin. Betreffend die ÄAO 2015 hatte der RH in seiner Stellungnahme u.a. angeregt, das Ziel des Evaluierungsgesprächs in der ÄAO 2015 zu definieren, um dieses bspw. von einem regulären Mitarbeitergespräch abzugrenzen. Diese Anregung wurde in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 nicht berücksichtigt.

Wie unter TZ 38 ausgeführt, hatte der RH in seiner Stellungnahme zum Entwurf der KEF und RZ VO 2015 angeregt, die entsprechenden Zeitpunkte im Sinne des § 23 ÄAO 2015 auf den jeweiligen Rasterzeugnisformularen ausdrücklich anzuführen, um sicherzustellen, dass die Rasterzeugnisse ordnungsgemäß ausgestellt und die Evaluierungsgespräche, als zentrale Instrumente der Lernfortschrittskontrolle, zeitnah vor Ausstellung der Rasterzeugnisse geführt werden. Weiters hatte der RH in dieser Stellungnahme angeregt, zur Sicherstellung der Einhaltung der Dokumentationspflicht von Evaluierungsgesprächen (§ 22 ÄAO) durch den Ausbildungsverantwortlichen, in den (Muster) Rasterzeugnissen bzw. in den Rasterzeugnisformularen die Beilage eines entsprechenden Nachweises vorzusehen.

Darüber hinaus wies der RH das BMG, die Stadt Wien und die Med-
Uni Wien sowie die TILAK und die MedUni Innsbruck auf die Anregung des Landes Niederösterreich hin, dass die ÖÄK Vorgaben zur Abhaltung von Evaluierungsgesprächen erstellen sollte. Aus Sicht des RH wären solche – gemeinsam mit dem BMG erstellten – Vorgaben zweckmäßig, um im Sinne der Qualitätssicherung österreichweit eine einheitliche Vorgangsweise sicherzustellen.

Der RH anerkannte die Maßnahmen der Stadt Wien und der Med-
Uni Wien sowie der TILAK und der MedUni Innsbruck. Er wies sie weiters auf die Ausführungen des BMG zum Unterschied zwischen Evaluierungs- und Mitarbeitergespräch hin und betonte das unbedingte Erfordernis einer – zumindest inhaltlichen – strikten Trennung dieser beiden Instrumente; das Evaluierungsgespräch diene der ärztlichen Ausbildung und war ein wesentliches Instrument der Lernfortschrittskontrolle. Im Sinne der Qualitätssicherung wiederholte der RH gegenüber der Stadt Wien und der MedUni Wien darüber hinaus seine Empfehlung nach geeigneten Umsetzungs- und Kontrollmechanismen zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben für Evaluierungsgespräche.

Auch das Land Niederösterreich wies der RH auf die Ausführungen des BMG betreffend Unterschied zwischen Evaluierungs- und Mitarbeitergespräch hin. Bis zum Vorliegen etwaiger Vorgaben durch das BMG bzw. die ÖÄK wiederholte der RH dem Land Niederösterreich gegenüber seine Empfehlung, Ablauf, zu behandelnde Themenbereiche der Evaluierungsgespräche sowie geeignete Umsetzungs- und Kontrollmechanismen zu definieren, um im Sinne der Qualitätssicherung in allen niederösterreichischen Landeskliniken eine einheitliche Vorgangsweise sicherzustellen.

Facharztanwesenheit **41.1** (1) Die folgende Tabelle zeigt die gesetzlichen Anforderungen gemäß KAKuG¹⁸³ an die Ausgestaltung des ärztlichen Dienstes in den verschiedenen Versorgungsstufen:

¹⁸³ § 8 Abs. 1 KAKuG

Tabelle 17: Vorgaben des KAKuG hinsichtlich der Facharztanwesenheit

	Tagdienst	Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst
Zentralkrankenanstalt ¹	uneingeschränkte Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer	
Schwerpunktkrankenanstalt ²	jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend	
		im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst kann von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist
Standardkrankenanstalt ³	Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer dauernd anwesend	jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Unfallchirurgie zu gewährleisten sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer

¹ z.B. AKH Wien, LKH Innsbruck

² z.B. Standort St. Pölten

³ z.B. Standorte Gmünd, Waidhofen, Zwettl, Lilienfeld

Quelle: KAKuG

Aufgrund dieser rechtlichen Vorgaben war in Standardkrankenanstalten nach § 8 Abs. 1 Z 4 KAKuG nur im Tagdienst eine ständige Facharztpräsenz in allen Abteilungen bzw. Organisationseinheiten erforderlich. Im Nachtdienst (und im Wochenend- und Feiertagsdienst) hingegen musste lediglich eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen anwesenden Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin oder für Chirurgie oder für Innere Medizin oder für Unfallchirurgie, bei gleichzeitiger Rufbereitschaft von Fachärzten der anderen Sonderfächer, gewährleistet sein.

Wenn krankenanstaltenrechtlich keine dauernde Facharztanwesenheit erforderlich, sondern eine Rufbereitschaft ausreichend war, erlaubte § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 eine vorübergehende Tätigkeit von Turnusärzten auch ohne Aufsicht eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes, dies allerdings nur sofern:

- sich die Tätigkeit auf eine Abteilung oder eine sonstige Organisationseinheit beschränkte,
- die Turnusärzte im betreffenden Sonderfach bereits hinreichend ausgebildet worden waren und
- über die für ein vorübergehendes Tätigwerden ohne Aufsicht entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügten.

Damit bestand grundsätzlich die Möglichkeit, Turnusärzte für Nacht- und Wochenenddienste an einer Abteilung einzuteilen, auch wenn ein für die Ausbildung verantwortlicher Facharzt nicht anwesend, sondern lediglich in Rufbereitschaft war. Allerdings hing dies immer vom entsprechenden Ausbildungsstand des jeweiligen Turnusarztes ab.

Hierzu stellten die erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage der 14. ÄrzteG–Novelle im Jahr 2010, mit der § 3 Abs. 3 Satz 2 ÄrzteG 1998 umformuliert worden war, klar, dass im Regelfall für eine solche vorübergehende Tätigkeit ohne Aufsicht die Absolvierung der Hälfte der vorgeschriebenen Ausbildungszeit zu verlangen sein werde; dabei habe jedenfalls gesichert zu sein, dass der Turnusarzt über die geforderten Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten verfüge. Daher könne diese Regelung nur bei TÄ/F zum Tragen kommen.

Diese Klarstellung war vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Regelung des § 3 Abs. 3 Satz 2 ÄrzteG 1998 insofern im Widerspruch zum allgemeinen ärztlichen Berufsrecht¹⁸⁴ stand, als sie Tätigkeiten im Rahmen von Wochenend- und Nachtdiensten erlaubte, die an Werktagen verboten waren.

(2) Dieses Spannungsverhältnis war auch für den einzelnen Krankenträger von besonderer Bedeutung, weil diesen eine auf dem zivilrechtlichen Behandlungsvertrag mit dem Patienten begründete Pflicht trifft, sicherzustellen, dass die personellen und sachlichen Ressourcen seiner Krankenanstalt einen gewissen Behandlungsstandard (vgl. auch § 8 Abs. 2 KAKuG) gewährleisten.¹⁸⁵ Von der Möglichkeit, auf die Anwesenheit eines Facharztes zugunsten einer Rufbereitschaft zu verzichten, durfte ein Träger demnach nur Gebrauch machen, wenn

¹⁸⁴ § 3 Abs. 3 Satz 1 ÄrzteG 1998 sah für Turnusärzte nur eine unselbstständige Tätigkeit unter fachärztlicher Anleitung und Aufsicht vor.

¹⁸⁵ OGH 9. September 1986, 2 Ob 599/85, siehe auch JBl 1987, 104 (106): „sachgemäße, daher aber von dem Gesetz entsprechend ausgebildeten und erfahrenen Ärzten vorzunehmende, Heilbehandlung“

entsprechend qualifizierte Turnusärzte vorhanden waren, die im Nachdienst vorübergehend auch ohne Aufsicht tätig werden konnten.¹⁸⁶

Zwar war für die konkrete Umsetzung bei der Organisation des ärztlichen Dienstes der jeweilige ärztliche Leiter einer Krankenanstalt verantwortlich,¹⁸⁷ ein Organisationsverschulden trifft den Träger in diesem Zusammenhang aber dennoch, wenn er keine ausreichenden Rahmenvorgaben für die Kontrolle der Qualifikation der ohne Aufsicht eingesetzten Turnusärzte vorgibt oder die Auswahlentscheidungen des Ausbildungsverantwortlichen nicht einmal stichprobenartig kontrolliert.¹⁸⁸

(3) Eine Analyse der Dienstpläne der Kliniken bzw. Abteilungen für Innere Medizin für den März 2014 zeigte, dass sich die Träger bzw. die Ärztlichen Leiter der überprüften Krankenanstalten dieser Verantwortung bewusst waren. Sie ergab, dass das krankenanstaltenrechtliche Erfordernis der Anwesenheit eines Facharztes an allen überprüften Abteilungen für Innere Medizin erfüllt war.

(4) Das neue ÄrzteG sah sowohl in § 7 Abs. 3 als auch in § 8 Abs. 2¹⁸⁹ nunmehr auch die Möglichkeit vor, Turnusärzte, die bereits die neunmonatige Basisausbildung abgeschlossen hatten, außerhalb der Kernausbildungszeit für eine abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeit einzusetzen.¹⁹⁰

Dafür galten allerdings strenge Voraussetzungen: So durften von den Turnusärzten ausschließlich Tätigkeiten ausgeübt werden, die den im Rahmen der Basisausbildung erworbenen Kompetenzen entsprachen.¹⁹¹ Auch hatte deshalb zu jedem Zeitpunkt ein fachlich verantwortlicher Arzt am jeweiligen Standort der Krankenanstalt zur Verfügung zu ste-

¹⁸⁶ Zahlr, ÖÄZ 1997/18 vom 25. September 1997, S. 40 (41).

¹⁸⁷ Er hat die Dienstpläne speziell außerhalb der Kernarbeitszeit und im Fall von Rufbereitschaft so zu gestalten, dass Patienten nicht durch den Einsatz unzureichend qualifizierter Ärzte Schaden nehmen. Wimmer, Rechtsfragen im Turnusarztverhältnis, 2000, S. 75.

¹⁸⁸ ebenda, S. 76

¹⁸⁹ Diese Bestimmungen waren im Begutachtungsentwurf noch nicht, sondern erst in der endgültigen Regierungsvorlage enthalten und daher auch nicht Gegenstand der Stellungnahme des RH.

¹⁹⁰ Die Gesamtzahl der auf den einzelnen Turnusarzt entfallenden Betten durfte bei Tätigwerden in zwei Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten 60, bei Tätigwerden in drei Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten 45 nicht überschreiten. Eine abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeit in Ambulanzen war unzulässig.

¹⁹¹ Durch organisatorische Maßnahmen war darüber hinaus sicherzustellen, dass die sich aus dieser Tätigkeit ergebenden qualitativen und quantitativen Anforderungen an die Turnusärzte sowie an deren Ausbildungsziele verhältnismäßig sind.

hen, wodurch eine Rufbereitschaft des zuständigen Facharztes, wie sie § 3 Abs. 3 Satz 2 ÄrzteG 1998 ermöglichte, in diesem Fall ausgeschlossen war.

- 41.2** Der RH beurteilte positiv, dass das krankenanstaltenrechtliche Erfordernis der Anwesenheit eines Facharztes an allen überprüften Abteilungen für Innere Medizin erfüllt war.

Zu der nunmehr im novellierten ÄrzteG 1998 verankerten Möglichkeit einer abteilungsübergreifenden Tätigkeit von Turnusärzten außerhalb der Kernausbildungszeit vertrat der RH die Auffassung, dass insbesondere in Nachtdiensten auch mit komplexen medizinischen Situationen zu rechnen war, die einen – noch dazu „fachfremden“ – Turnusarzt überfordern könnten, zumindest aber einer Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bedurften. Er beurteilte daher die Bedingung positiv, wonach Turnusärzte nur dann abteilungsübergreifend eingesetzt werden durften, wenn zu jedem Zeitpunkt ein fachlich verantwortlicher Arzt am jeweiligen Standort der Krankenanstalt zur Verfügung stand.

Den Krankenanstaltenträgern empfahl der RH in diesem Zusammenhang, mit organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen, dass der verantwortliche Facharzt bei Bedarf zumindest die Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 auch tatsächlich ohne Verzögerung übernehmen kann.

- 41.3** (1) *Die Stadt Wien wies darauf hin, dass im AKH Wien als Zentralkrankenanstalt eine uneingeschränkte Anwesenheit von Fachärzten in allen in Betracht kommenden Sonderfächern gegeben sei.*

(2) *Das Land Niederösterreich teilte mit, dass Turnusärztepooledienste nur dann vorgesehen würden, wenn Facharztanwesenheitsdienste eingerichtet seien. Sofern Facharzttrufbereitschaften bestünden, würden Turnusärzte nicht abteilungsübergreifend eingesetzt.*

Evaluierungen durch die Träger bzw. die überprüften Krankenanstalten

- 42.1** Der RH überprüfte auch die Evaluierungsmaßnahmen der überprüften Träger bzw. Krankenanstalten im Hinblick auf die Ärzteausbildung:

AKH Wien und LKH Innsbruck

(1) Das AKH Wien führte bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Evaluierung der Ärzteausbildung für die gesamte Krankenanstalt durch. Der vorgelegte Entwurf (TZ 20) sah regelmäßige Audits zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben sowie eine Evaluierung der Zufriedenheit der TÄ/F alle zwei Jahre vor; nicht zufriedenstellende Ergebnisse sollten eine Maßnahmenvereinbarung zwischen dem Ausbildungsverantwortlichen und dem Ärztlichen Direktor zur Folge haben.

(2) Das LKH Innsbruck führte im Frühjahr 2014 eine Online-Umfrage im Auftrag der Ärztlichen Direktion¹⁹² – abgestimmt mit der Med-Uni Innsbruck und dem AZW – mit dem Ziel durch, die Ausbildung der Ärzte¹⁹³ am LKH Innsbruck im Sinne einer internen qualitätssichernden Maßnahme zu evaluieren und Optimierungspotenziale zu identifizieren.¹⁹⁴

Geplant war, dass jeder Klinikdirektor die seinen Bereich betreffenden Freitext-Rückmeldungen sowie den anonymisierten Bewertungsteil erhielt. Auf Basis der vom AZW mit den Klinik-Direktoren in der Folge geführten Gespräche sollten „best practice-Beispiele“ sowie besondere Anforderungen identifiziert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Der Betriebsrat der MedUni Innsbruck stimmte – bezogen auf die Turnusärzte der MedUni Innsbruck – dieser Vorgangsweise allerdings nicht zu. Obwohl sich dadurch die weitere Umsetzung für das LKH Innsbruck – im Hinblick auf die Wahrung der Anonymität wegen der geringeren Zahl an verwertbaren Antworten (nämlich nur jener der TILAK-Turnusärzte) – schwieriger gestaltete, waren auch weitere Evaluierungen vorgesehen. Darüber hinaus war auch eine Evaluierung der künftigen Basisausbildung geplant.

¹⁹² unter Freigabe der TILAK

¹⁹³ sowohl zum Allgemeinmediziner als auch zum Facharzt

¹⁹⁴ Auslöser, das Ausbildungsthema in strukturierter und umfassender Form vertiefend abzufragen, war die anlässlich der „LandesärztInnenumfrage Arbeitsplatzzufriedenheit“ aus dem Jahr 2013 aus den Freitextantworten hervorgegangene Unzufriedenheit der TÄ/A und TÄ/F mit einzelnen Aspekten der Ärzteausbildung.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Am Standort Waidhofen wurde 2012 ein Evaluierungsprojekt für die TÄ/A-Ausbildung extern begleitet; als Folge wurden u.a. die Turnusärzte durch Übernahme von Tätigkeiten des mitverantwortlichen Bereichs durch das diplomierte Pflegepersonal entlastet (TZ 36) oder ein Ausbildungskonzept erstellt (TZ 26). Im LK St. Pölten/Lilienfeld sowie an den Standorten Gmünd und Zwettl fanden keine Ausbildungsevaluierungen statt.

(2) Für andere als die vom RH überprüften Krankenanstalten beauftragte die NÖ Landeskliniken-Holding¹⁹⁵ eine Fachhochschule, Potenziale für eine Delegation und Umverteilung von Aufgaben zur Entlastung der Turnusärzte zu erheben (Herbst 2011 bis Februar 2013); an zwei Krankenanstalten wurde zusätzlich auch die Arbeitszufriedenheit der Turnusärzte erhoben.

Damit wurde auf die von Turnusärzten und Spitalsärztevertretern wiederholt geäußerte Kritik reagiert, dass zu viele administrative Tätigkeiten eine zufriedenstellende TÄ/A-Ausbildung behinderten.¹⁹⁶ In der Folge wurden von den evaluierten Krankenanstalten konkrete Maßnahmen gesetzt (z.B. wöchentliche „case reports“ der TÄ/A oder Führen und Begleiten eines Patienten durch die gesamte Diagnostik und Therapie etc.) bzw. diese den anderen Krankenanstalten mitgeteilt.

42.2 Der RH wertete die in den überprüften Krankenanstalten bzw. von deren Trägern durchgeführten bzw. geplanten Evaluierungen positiv; kritisch sah er, dass das AKH Wien bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Evaluierung der Ärzteausbildung für die gesamte Krankenanstalt durchgeführt hatte. Aus seiner Sicht waren regelmäßige Erhebungen und Auswertungen der Ausbildungsqualität notwendig, um Verbesserungspotenziale identifizieren und zeitnah entsprechende Maßnahmen setzen zu können.

¹⁹⁵ Abteilung für medizinische und pflegerische Betriebsunterstützung

¹⁹⁶ So wurde an jeweils einer Krankenanstalt (Krems, Horn, Baden-Mödling, Mistelbach, Scheibbs) einer Region eine Zeitmessung der Turnusärztetätigkeit inklusive einer Re-Evaluierung an einer dieser Krankenanstalten im Zeitraum vom Herbst 2011 bis Februar 2013 durchgeführt. Mit dem Ziel etwaige Ausbildungsprobleme, Defizite und deren Ursachen zu eruieren, wurde an zwei Krankenanstalten (Krems und Horn) auch die Ausbildungszufriedenheit der Turnusärzte von besagter Fachhochschule im Auftrag der NÖ Landeskliniken-Holding erhoben.

Angesichts der Ähnlichkeit der Ergebnisse der untersuchten Krankenanstalten wurde von einer Ausweitung der Evaluierung auf weitere Landeskliniken aufgrund des administrativen und finanziellen Aufwands Abstand genommen.

Dem AKH Wien empfahl der RH daher, die geplanten Evaluierungen gemeinsam mit der MedUni Wien zügig umzusetzen; dabei erachtete der RH auch folgende Faktoren als wesentlich:

- Einbeziehung von Ausbildungsverantwortlichen und Turnusärzten in den gesamten Evaluierungsprozess, um eine größtmögliche Akzeptanz sicherzustellen,
- Transparenz der Ergebnisse gegenüber den Betroffenen sowie
- Begleitung und Kontrolle des Verbesserungsprozesses z.B. durch das Qualitätsmanagement.

Den anderen überprüften Trägern bzw. Krankenanstalten empfahl der RH – beim LKH Innsbruck idealerweise gemeinsam mit der MedUni Innsbruck –, regelmäßige Evaluierungen der Ärzteausbildung durchzuführen und einen zweckmäßigen Umsetzungsmechanismus zu etablieren. Allen überprüften Trägern bzw. Krankenanstalten empfahl er, auch Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder aufzunehmen.

42.3 *(1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlung zu. Sie teilten mit, dass innerhalb der vorgelegten Grundstruktur für die zukünftige Ärzteausbildung bereits Audits und Evaluierungsgespräche dargestellt seien. Die Details der Evaluierung und insbesondere auch die Sicherstellung eines validen Fragenkatalogs würden innerhalb des neuen Gremiums für die Ärzteausbildung festgelegt. Geplant sei jedenfalls eine regelmäßige Evaluierung einschließlich Maßnahmenvereinbarung. Die Einbeziehung sowohl der Auszubildenden als auch der Auszubildenden sei ebenfalls bereits im Entwurf dargestellt; überdies würden darin Fragen zu den didaktischen führungstechnischen Kompetenzen der Ausbildung aufgenommen. Die MedUni Wien teilte ergänzend mit, dass die Evaluierungsergebnisse transparent darzustellen und den Betroffenen zur Verfügung zu stellen sowie die Umsetzung des Maßnahmenkataloges zu begleiten sein würden. Die Stadt Wien wies im Übrigen darauf hin, dass die MedUni Wien eine im Jahr 2010 geplante Evaluierung abgelehnt hätte.*

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck würden die vorhandenen Evaluierungsinstrumente und Feedbackschlaufen angepasst. Nicht zufriedenstellende Ergebnisse und Nichteinhalten müssten nach der Identifikation mit entsprechenden Maßnahmen (Konzept mit Maßnahmenkatalog wird in Auftrag gegeben) verbessert werden. Auch zu didaktischen und führungstechnischen Fortbildungen gebe es bereits ein Projekt.

(3) Laut Mitteilung des Landes Niederösterreich würde die regelmäßige Evaluierung der Ärzteausbildung im Rahmen der Zertifizierungen und Rezertifizierungen durch die Ärztekammer durchgeführt. Die führungs-technischen Kompetenzen seien Inhalte des Leadershipprogramms und der Führungskräfteentwicklung der niederösterreichischen Landeskliniken und würden bei Neubesetzungen von Abteilungsleitungen sehr prominent gewichtet.

42.4 Der RH entgegnete dem Land Niederösterreich, dass laufende Evaluierungen der Ärzteausbildung durch die Krankenanstaltenträger bzw. die Krankenanstalten notwendig waren, um die Ausbildungsqualität kontinuierlich sicherzustellen, zeitnah notwendige Maßnahmen setzen und die Ausbildungsverantwortung umfassend wahrnehmen zu können. Der RH verblieb daher – unabhängig von den Evaluierungen durch die Ärztekammern – bei seiner Empfehlung nach regelmäßigen Evaluierungen durch die Krankenanstalten bzw. die Träger selbst und die Etablierung eines zweckmäßigen Umsetzungsmechanismus.

Ausbildungskontrolle durch die ÖÄK

43.1 (1) Bis Ende 2009 war die Überprüfung der Qualität der Ausbildung von Ärzten in anerkannten Ausbildungsstätten durch Visitationen an Ort und Stelle in der Zuständigkeit der in den Landesärztekammern eingerichteten Ausbildungskommissionen gelegen, die dabei nach einer von der ÖÄK im Jahr 2006 per Verordnung festgelegten Richtlinie vorzugehen hatten.¹⁹⁷

(2) Allerdings wurden die Ausbildungskommissionen in den Landesärztekammern 2009 im Zuge einer Anpassung der im ÄrzteG 1998 verankerten Kammerordnung¹⁹⁸ abgeschafft und zu beratenden Ausschüsse für länderspezifische Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Qualitätssicherung umgewandelt.¹⁹⁹ Seither war daher

¹⁹⁷ Richtlinie zur Durchführung von Visitationen von Ausbildungsstätten am 23./24. Juni 2006 auf Grundlage der damaligen §§ 82 Abs. 4 und 118 Abs. 2 Z 14 ÄrzteG 1998 von der Vollversammlung der ÖÄK beschlossen und am 10. Oktober 2006 in Kraft getreten

¹⁹⁸ Die in der 13. ÄrzteG-Novelle (BGBl. I Nr. 144/2009) enthaltenen Änderungen waren notwendig geworden, weil zwischenzeitlich (BGBl. I Nr. 2/2008) mit Art. 120b B-VG eine neue Verfassungsbestimmung eingeführt worden war, wonach die Aufgaben eines Selbstverwaltungskörpers per Gesetz zum eigenen und zum übertragenen Wirkungsbereich zuzuordnen und eine Weisungsbindung für die Besorgung der Aufgaben im übertragenen Wirkungsbereich zu normieren waren.

¹⁹⁹ Laut den erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage (467 der Beilagen XXIV. GP) war die Übertragung von Aufgaben des Gesundheitswesens (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) auf die Ärztekammern in den Bundesländern, die im Rahmen der Landesvollziehung (aufgrund des Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG) eingerichtet sind, mit dem Grundsatz der Trennung der Vollziehungsbereiche von Bund und Ländern unvereinbar. Vergleiche dazu auch VfGH in VfSlg 4413/1963.

allein die Ausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer für die Durchführung von Visitationen zuständig (§ 128a Abs. 5 Z 3 ÄrzteG 1998). Sie konnte sich dabei aber gegebenenfalls von den beratenden Ausschüssen in den Landesärztekammern unterstützen lassen.

Die 2006 mit Verordnung erlassene Richtlinie zur Durchführung von Visitationen von Ausbildungsstätten entsprach damit nicht mehr den Anforderungen des im Jahr 2009 novellierten ÄrzteG 1998. Diese war aber seither auch nicht novelliert oder ersetzt worden, obwohl der ÖÄK die Erlassung einer Verordnung über die von ihr durchzuführenden Visitationen im übertragenen Wirkungsbereich oblag (§ 117c Abs. 2 Z 9). Damit fehlte eine den aktuellen Rechtsgrundlagen entsprechende Festlegung der erforderlichen Verfahrensschritte für eine Visitation an anerkannten Ausbildungsstätten in einer Verordnung. Zwar erarbeitete die ÖÄK eine Anpassung der alten Richtlinie, diese trat aber – mangels eines gültigen Beschlusses in der Vollversammlung – nie in Geltung.

Dies hatte zur Folge, dass – seit der ÖÄK die Kompetenz zur Durchführung von Visitationen im ÄrzteG 1998 übertragen wurde – keine externe Kontrolle der Ärzteausbildung vor Ort an den Ausbildungsstätten in Form von Visitationen mehr stattgefunden hatte.

(3) Im Zuge der Novellierung des ÄrzteG 1998 im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung NEU wurde eine neue Regelung (vgl. § 13a) eingeführt, wonach die ÖÄK die Voraussetzungen der Anerkennung anhand der von der Kommission für die ärztliche Ausbildung²⁰⁰ festgelegten Kriterien laufend zu evaluieren hat. Die Evaluierungsergebnisse sollen als Basis für die Verfahren zur Verlängerung der Anerkennung als Ausbildungsstätte nach sieben Jahren dienen.

- 43.2** Der RH kritisierte, dass die Ausbildungskommission der ÖÄK die Qualität der Ausbildung von Ärzten in anerkannten Ausbildungsstätten nicht – wie gesetzlich vorgesehen – im Rahmen von Visitationen überprüfte, wodurch seit rund fünf Jahren jegliche hoheitliche Ausbildungskontrolle vor Ort fehlte.

Eine den aktuellen Rechtsgrundlagen entsprechende Verordnung über die Visitation, deren Erlassung der ÖÄK im übertragenen Wirkungsbereich oblag, war nicht vorhanden.

²⁰⁰ Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 199/2013

Der RH empfahl dem BMG, raschestmöglich auf die Schaffung von Standards und Regeln für Visitationen durch die ÖÄK hinzuwirken, um eine regelmäßige und bundesweit einheitliche Vor-Ort-Kontrolle der Ausbildungsqualität zu gewährleisten. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass im neuen ÄrzteG laufende Evaluierungen im Zusammenhang mit der nur mehr auf sieben Jahre befristet ausgesprochenen Anerkennung von Ausbildungsstätten vorgesehen waren.

43.3 *Das BMG teilte mit, dass – nach Erlassung der ÄAO 2015 sowie der KEF und RZ VO 2015 – in weiterer Folge die Erarbeitung und Erlassung einer Visitations-Richtlinie durch die ÖÄK unter entsprechender Einbeziehung des BMG zu erfolgen habe.*

Evaluierungen durch die Ärztekammer

44.1 (1) Im Rahmen der Ärztekammern wurden insbesondere folgende Evaluierungen der Ärzteausbildung durchgeführt:

Evaluierung der allgemeinmedizinischen Ausbildung

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin²⁰¹ führte seit August 2011²⁰² für die ÖÄK kontinuierlich eine österreichweite²⁰³ Evaluierung der TÄ/A-Ausbildung durch. Die Befragung erfolgte über einen Online-Fragebogen²⁰⁴. Mit dem System der kontinuierlichen Bewertung sollten möglichst alle Abteilungen und Ausbildungsabschnitte abgedeckt werden. Die Rücklaufquote betrug sowohl im Jahr 2012 als auch im Jahr 2013 rd. 44 %.

Ziel der Evaluierung war, konkrete Verbesserungspotenziale aufzuzeigen. Aufgrund der länderspezifischen Auswertungen verfügten die Ärztekammern der Länder über die Ergebnisse der einzelnen Krankenanstaltenabteilungen. Nach Angaben der überprüften Krankenanstalten bzw. Träger wurden die konkreten Informationen aber in der Regel nicht an die betroffenen Abteilungen und an die Ärztlichen Direktoren der einzelnen Krankenanstalten bzw. die Träger weiterge-

²⁰¹ Organisation der Ärztekammer für Oberösterreich im Bereich medizinischer Qualitätssicherung

²⁰² Drei-Jahresprojekt bis Herbst 2014 mit zwei Zwischenberichten

²⁰³ Die Evaluierung erfolgt nach einer österreichweit einheitlichen Methodik. Dadurch stehen für die Interpretation der Ergebnisse Vergleiche auf Bundes- und Landesebene zur Verfügung.

²⁰⁴ Die Befragung erfolgt über einen Online-Fragebogen, erstellt auf Basis bereits erprobter Fragebögen und der inhaltlichen Expertise durch die Turnusärztervertreter. Um sicherzustellen, dass eine Abteilung von jedem Turnusarzt nur einmal bewertet werden kann, werden jeweils individuelle Zugangslinks generiert und per E-Mail verschickt.

geben. Veröffentlicht und ausgezeichnet wurden meist²⁰⁵ nur die fünf besten Abteilungen je Bundesland.

Evaluierung der Facharztausbildung

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin führte weiters im Auftrag der Ärztekammer für Wien im Herbst 2013 eine Evaluierung der Facharztausbildung an der MedUni Wien als Online-Befragung durch. Die Rücklaufquote betrug insgesamt 42,6 %. Dieser Auswertungsbericht wurde ins Internet gestellt und war somit allen zugänglich. Die MedUni Wien bezweifelte allerdings die Validität diese Studie (z.B. aufgrund der Art der Fragestellungen).

Auf Ebene der Universitätskliniken für Innere Medizin wurden in der Folge zum Teil Maßnahmen geplant (u.a. häufigere Übertragung eigenständiger Tätigkeiten²⁰⁶ oder Einsatz eigener Facharzt-Kontroll-Oberärzte sowie Vorgaben wie im Klinisch-Praktischen Jahr).

(2) In der Schweiz führte das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich seit 2003 jährlich mittels Fragebogens freiwillige Befragungen der Ausbildungsärzte zur Evaluierung der Ausbildungsstätten durch (Rücklaufquote im Jahr 2013: 69 %). Die Ergebnisse waren im Internet abrufbar.²⁰⁷ Dabei konnten Vergleiche mit dem Benchmark sowie mit dem Vorjahresergebnis der Ausbildungsstätte/der Ausbilder gezogen werden. Zusätzlich erhielten die Abteilungsleiter eine Rückmeldung in Form zusammengefasster Daten (Mittelwerte, bei mehr als vier ausgefüllten Fragebogen auch Minimum und Maximum).

Ein Vergleich der Fragebögen ergab u.a., dass der Schweizer Fragebogen mehr und konkretere Fragestellungen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder enthielt als die österreichischen Fragebögen.

²⁰⁵ In ihrer Zeitschrift „Mitteilungen der Ärztekammer für Tirol“ veröffentlichte diese auch die beiden am schlechtesten bewerteten Abteilungen von Tirol.

²⁰⁶ mitverantwortliche Visiten mit Niederschrift, selbstständige Führung von Patienten/Zimmer, Therapieentscheidungen, Bettenvergabe, jeder TÄ/F muss alle Patienten kennen

²⁰⁷ <http://www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung/allgemein/weiterbildungsqualitaet/auswertung-2013.html>

44.2 Der RH wertete externe Evaluierungen der Ärzteausbildung im Sinne der Qualitätssicherung grundsätzlich positiv. Er stellte aber kritisch fest, dass aufgrund der meist fehlenden Offenlegung der konkreten Ergebnisse der Auswertungsberichte über die TÄ/A-Ausbildung gegenüber den betroffenen Abteilungen und Krankenanstaltenleitungen bzw. Trägern entsprechende Maßnahmen kaum möglich waren.

Der RH empfahl dem BMG – auch im Hinblick auf die nach dem neuen ÄrzteG durchzuführenden Evaluierungen der Ausbildungsstätten – darauf hinzuwirken, dass der Umgang mit den Auswertungsergebnissen transparenter gestaltet wird. Die Krankenanstaltenträger und die Ärztlichen Leiter sollten über das gesamte Ergebnis verfügen, um gemeinsam mit ihren jeweiligen Abteilungsleitern bzw. Klinikvorständen Verbesserungspotenziale identifizieren und gezielt Maßnahmen setzen zu können.

Der RH empfahl dem BMG weiters, darauf hinzuwirken, dass vermehrt konkrete Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Auszubildenden in die Evaluierungsfragebögen aufgenommen werden.

44.3 *Das BMG teilte mit, dass im Rahmen der vorgesehenen Evaluierung bei der Rezertifizierung von Ausbildungsstätten (§ 13a ÄrzteG 1998) auch die Ausbildungsqualität eine Rolle spielen werde. Zur Frage der didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Auszubildenden sei in Aussicht genommen, die Kommission für die ärztliche Ausbildung zu befassen.*

44.4 Der RH hielt fest, dass aus seiner Sicht sowohl das Anerkennungs- als auch das Rezertifizierungsverfahren von Ausbildungsstätten dazu dienen, die Qualität der Ärzteausbildung umfassend sicherzustellen. Er wiederholte seine Empfehlung nach einem transparenteren Umgang mit Evaluierungsergebnissen, um den Krankenanstaltenträgern und den Ärztlichen Leitern zu ermöglichen, gemeinsam mit ihren jeweiligen Abteilungsleitern bzw. Klinikvorständen Verbesserungspotenziale identifizieren und gezielt Maßnahmen setzen zu können.

Arbeitszeiten von Turnusärzten

Allgemeines

- 45 Für die Arbeitszeit von Turnusärzten gab es gesetzlich vorgegebene Ober- und Untergrenzen. Im KA-AZG²⁰⁸ waren Höchstarbeitszeiten festgelegt. Auch das Arbeitsruhegesetz²⁰⁹ begrenzte die Arbeitszeit insoweit, als z.B. für einen Wochenenddienst jedenfalls ein Wochentag freizunehmen war, um die vorgegebenen Ruhezeiten einzuhalten. Das ÄrzteG 1998²¹⁰ enthielt Mindestanwesenheitszeiten für Turnusärzte.

Höchstarbeitszeiten

Rechtsgrundlagen

- 46 (1) Die in Krankenanstalten beschäftigten Ärzte hatten nach dem Arbeitsruhegesetz einen Anspruch auf eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 36 Stunden pro Woche. Ihre wöchentliche Arbeitszeit war daher insoweit begrenzt, als z.B. für einen Wochenenddienst jedenfalls ein Wochentag frei zu nehmen war, um die Vorgabe des Arbeitsruhegesetzes zu erfüllen.

(2) Das KA-AZG begrenzte die Tagesarbeitszeit grundsätzlich mit maximal 13 Stunden und die Wochenarbeitszeit grundsätzlich mit durchschnittlich 48 Stunden (§ 3 Abs. 1 und 2 KA-AZG). Durch Abschluss einer entsprechenden Arbeitszeit-Betriebsvereinbarung war es jedoch möglich, diese Grenzen auf bis zu 49 Stunden für einen verlängerten Dienst bzw. 72 Stunden Wochenarbeitszeit auszudehnen (§ 4 Abs. 4 KA-AZG), sofern dies aus wichtigen organisatorischen Gründen unbedingt notwendig war und die Ärzte während der Arbeitszeit nicht durchgehend in Anspruch genommen wurden (§ 4 Abs. 1 KA-AZG).

Im Gegensatz dazu normierte die EU-Arbeitszeitrichtlinie²¹¹ für in Krankenanstalten beschäftigte Ärzte eine zwingende wöchentliche Höchstarbeitszeitgrenze von durchschnittlich 48 Stunden innerhalb des Durchrechnungszeitraums. Auf diese Grenze war laut EuGH²¹² auch die Arbeitsbereitschaft während eines Nachtdienstes im Spital in

²⁰⁸ BGBl. I Nr. 8/1997 i.d.g.F.

²⁰⁹ BGBl. Nr. 144/1983 i.d.g.F.

²¹⁰ Gleichlautende Bestimmungen in § 9 Abs. 6 für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, § 10 Abs. 7 für die Ausbildung zum Facharzt, § 11 Abs. 6 für die spezielle Ausbildung auf einem Teilgebiet des Sonderfaches und § 13 Abs. 6 für die Ausbildung in Lehrambulatorien

²¹¹ Richtlinie 2003/88/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung, ABl Nr. L 299 vom 18. November 2003, S. 0009 – 0019

²¹² siehe dazu bspw. das Grundsatzurteil vom 3. Oktober 2000, Rs. C-303/98 (SIMAP)

vollem Umfang anzurechnen, selbst wenn der Arzt in dieser Zeit nicht durchgehend in Anspruch genommen wurde.²¹³

Die Europäische Kommission hatte die ordnungsgemäße Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie durch das österreichische KA-AZG in Zweifel gezogen und die österreichische Bundesregierung im Februar 2014 in einem Mahnschreiben aufgefordert, einen Vorschlag zur Reduzierung der Arbeitszeit der Ärzte vorzulegen.²¹⁴ Vor diesem Hintergrund wurde das KA-AZG im Herbst 2014 novelliert und eine schrittweise Senkung der Arbeitszeiten von den bisher erlaubten 72 Stunden pro Woche auf 60 Stunden ab 2015, 55 Stunden ab 2018 und letztendlich 48 Stunden ab Mitte 2021 beschlossen.

Das KA-AZG beschränkte auch die Zahl der pro Monat erbringbaren verlängerten Dienste auf sechs bzw. bei entsprechender Regelung im Rahmen einer Betriebsvereinbarung auf acht Dienste (§ 4 Abs. 5 KA-AZG). Ein verlängerter Dienst, der mehr als 32 Stunden umfasste, war für diese Berechnung wie zwei Dienste zu zählen.

Arbeitszeit-Betriebsvereinbarungen

- 47.1** (1) Von der Möglichkeit, die Höchstarbeitszeitgrenzen per Betriebsvereinbarung auszudehnen, machten alle überprüften Krankenanstalten Gebrauch:

AKH Wien

Die von der MedUni Wien als Dienstgeberin der im AKH Wien tätigen Ärzte mit dem Betriebsrat abgeschlossene Arbeitszeit-Betriebsvereinbarung sah einheitliche Höchstarbeitszeitgrenzen vor.

²¹³ Rufbereitschaft, bei der der Arzt seinen Aufenthaltsort frei wählen konnte, war hingegen nach Meinung des EuGH keine Arbeitszeit und daher nur bei einem Tätigwerden des Arztes als Arbeitszeit zu werten.

²¹⁴ Die Europäische Kommission hatte von Österreich Informationen hinsichtlich der ihrer Meinung nach nicht richtigen Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie durch das österreichische KA-AZG gefordert.

Arbeitszeiten von Turnusärzten

LKH Innsbruck

Für die am LKH Innsbruck tätigen Ärzte galten je nach Dienstgeber (MedUni Innsbruck oder Land Tirol) unterschiedliche Betriebsvereinbarungen. Wie im AKH Wien sahen die Betriebsvereinbarungen jeweils nur ein Modell an Höchstarbeitsgrenzen vor.

LK St. Pölten/Lilienfeld, LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Die Betriebsvereinbarungen der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten enthielten mehrere Arbeitszeitmodelle, aus denen die Ärzte wählen konnten; ein Wechsel zwischen den Modellen war einmal pro Jahr möglich. Die Modelle unterschieden sich hinsichtlich der maximalen Wochenarbeitszeit in der Einzelwoche (zwischen 48 und 72 Stunden), der maximalen durchschnittlichen Wochenarbeitszeit im Durchrechnungszeitraum (zwischen 40 und 60 Stunden) sowie der Höchstzahl der verlängerten Dienste pro Monat (zwischen vier und acht).

(2) Alle in den Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten vereinbarten Höchstarbeitszeitgrenzen entsprachen den Vorgaben des KA-AZG. Wie die folgende Tabelle zeigt, lagen die getroffenen Regelungen teilweise bereits deutlich unter den zulässigen Höchstarbeitszeitgrenzen:

Tabelle 18: Höchstarbeitszeitgrenzen gemäß Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten								
	Vorgaben KA-AZG	AKH Wien	LKH Innsbruck		LK St. Pölten/Lilienfeld		LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl	
			MedUni Innsbruck	Land	von	bis	von	bis
max. Wochenarbeitszeit (Stunden)	72	67 (72 ¹)	72	72	50	72	48	72
max. durchschnittliche Wochenarbeitszeit (Stunden)	60	58 (60 ¹)	60	–	42	56	40	60
max. Dauer verlängerter Dienst (Stunden)	49	25 (49 ²)	25 (32 ¹)	25	32	49 ²	32	49 ²
max. Anzahl verlängerte Dienste pro Monat	8	6	6	–	4	8	4	8

¹ einschließlich Zeiten für nicht patientenbezogene Tätigkeiten in Forschung und Lehre

² verlängerte Dienste an Wochenenden und vor Feiertagen

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; LK St.Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(3) Aufzeichnungen über die tatsächliche Inanspruchnahme während der verlängerten Dienste waren nur im LKH Innsbruck bezüglich jener Ärzte, die beim Land Tirol angestellt waren, vorhanden. Nur in der für diese Ärzte geltenden Betriebsvereinbarung (sogenanntes „Modell Tirol“) war eine andere Abgeltung für patientenbezogene Einsätze während der Dienste vorgesehen, als für die bloße Bereitschaft, weshalb die Einsätze auch im Zeiterfassungssystem dokumentiert wurden.

Eine anhand von Fallbeispielen vorgenommene Überprüfung dieser Aufzeichnungen in den Kliniken für Innere Medizin, Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe ergab, dass die Ärzte in den verlängerten Diensten – den Vorgaben des KA–AZG entsprechend – nicht durchgehend in Anspruch genommen wurden.

Für die bei der MedUni Innsbruck angestellten Ärzte des LKH Innsbruck und für die anderen überprüften Krankenanstalten konnte die tatsächliche Inanspruchnahme der Ärzte während der von ihnen geleisteten verlängerten Dienste mangels Aufzeichnungen nicht überprüft werden.

47.2 Der RH stellte fest, dass die Arbeitszeit–Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten auf die Vorgaben des KA–AZG Bedacht nahmen, ohne die grundsätzlich möglichen Höchstleistungszeitgrenzen in vollem Ausmaß auszuschöpfen. Insbesondere einige Arbeitszeitmodelle in den niederösterreichischen Landeskliniken lagen deutlich unterhalb dieser Grenzen.

Mit der Vereinbarung von niedrigeren Höchstleistungszeitgrenzen setzten die überprüften Krankenanstalten bereits einen Schritt in Richtung der – mit der Novelle des KA–AZG eingeführten – sukzessiven Verkürzung der möglichen Höchstleistungszeiten für Spitalsärzte ab dem Jahr 2015.

Kritisch beurteilte er hingegen die mangelnde Datenlage bezüglich der tatsächlichen Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste. Ohne Aufzeichnungen darüber war es dem Dienstgeber nicht möglich, die Einhaltung der KA–AZG Vorgaben zu überwachen bzw. zu überprüfen. Wie die im LKH Innsbruck von den beim Land Tirol beschäftigten Ärzten praktizierte Erfassung bewies, waren solche Aufzeichnungen ohne großen Aufwand realisierbar.

Der RH empfahl daher auch den beiden Medizinischen Universitäten und dem Land Niederösterreich, die Auslastung bzw. Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste zu erfassen.

47.3 (1) Die MedUni Wien sagte die Umsetzung der Empfehlung zu und teilte mit, dass bisher die Auslastung bzw. tatsächliche Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste im AKH Wien nicht erfasst würden. Im Rahmen der aufgrund der Novelle zum Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetz notwendigen Neustrukturierung der Dienstzeitmodelle werde ein Konzept für die Erfassung der Auslastung bzw. tatsächlichen Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste (Journaldienste) entwickelt und umgesetzt.

(2) Das Land Niederösterreich führte aus, dass die NÖ Landeskliniken– Holding mit Implementierung des Arbeits– und Ruhezeitenmonitors bereits systematisch die Auslastung des ärztlichen Personals überprüfe. Ein weitergehendes Monitoring der Ruhezeiten während verlängerter Dienste sei aufgrund des hohen administrativen und finanziellen Aufwandes noch nicht angedacht. In diesem Zusammenhang würden die Führungskräfte jedoch stets angehalten, speziell die Einhaltung der Ruhezeiten während verlängerter Dienste sicherzustellen.

47.4 Gegenüber dem Land Niederösterreich wies der RH erneut auf die im LKH Innsbruck praktizierte Erfassung hin; diese bewies, dass Aufzeichnungen über die tatsächliche Inanspruchnahme während der verlängerten Dienste grundsätzlich auch ohne großen administrativen und finanziellen Aufwand realisierbar waren. Der RH hielt daher seine Empfehlung aufrecht.

Mindest-
anwesenheitszeiten

48.1 (1) Die im ÄrzteG 1998²¹⁵ enthaltenen Vorgaben über die Arbeits– bzw. Ausbildungszeit der Turnusärzte sahen tägliche Mindestanwesenheitszeiten zugunsten einer gleichmäßigen Verteilung der Wochendienstzeit von 35 Stunden zwischen Montag und Freitag vor. Demnach waren von den 35 Wochenstunden laut ÄrzteG 1998 jedenfalls 25 Stunden in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 13.00 Uhr (Kernarbeitszeit) zu absolvieren.

Dadurch sollte gewährleistet werden, dass die Ausbildung möglichst in den Hauptdienstzeiten, in denen der überwiegende Teil des fachärztlichen Stammpersonals anwesend war, erfolgte. Nachtdienste sowie Wochenend– und Feiertagsdienste, die – sofern fachlich erforderlich – zu leisten waren, konnten daher nur zusätzlich im Ausmaß von zehn Stunden angerechnet werden.

²¹⁵ Gleichlautende Bestimmungen in § 9 Abs. 6 für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, § 10 Abs. 7 für die Ausbildung zum Facharzt, § 11 Abs. 6 für die spezielle Ausbildung auf einem Teilgebiet des Sonderfaches und § 13 Abs. 6 für die Ausbildung in Lehrambulatorien

Diese Mindestanwesenheitszeiten führten in Zusammenhang mit den Vorschriften des Arbeitsruhegesetzes und des KA-AZG zu Beschränkungen bei der Einteilung²¹⁶ der Turnusärzte für verlängerte Dienste. So konnten von Turnusärzten grundsätzlich keine Wochenend- bzw. Feiertagsdienste geleistet werden, weil das Arbeitsruhegesetz im Fall eines Arbeitseinsatzes an Wochenenden (der den Sonntag mitumfasste) und Feiertagen als Ersatz eine 36-stündige Ruhezeit vorsah, die einen ganzen Wochentag einzuschließen und darum eine Abwesenheit in der Kernarbeitszeit zur Folge hatte.

Da dies einen Verstoß gegen die Bestimmungen des ÄrzteG 1998 darstellte, war für diese Zeit lediglich in Ausnahmefällen, wenn ein entsprechender Dienst unumgänglich war, eine Anrechnung auf die Ausbildungszeit möglich.²¹⁷

(2) Wie eine Auswertung der Dienstpläne der Abteilungen/Kliniken für Innere Medizin der überprüften Krankenanstalten vom März 2014 zeigte, kamen durch das Arbeitsruhegesetz bzw. das KA-AZG bedingte Abwesenheiten in der Kernarbeitszeit häufig vor und umfassten je Turnusarzt zwischen einem und sieben Tagen pro Monat.

(3) Auf diesen Umstand sollte im Rahmen der Novellierung des ÄrzteG 1998 reagiert werden, indem – im Interesse einer besseren und flexibleren Einteilung der Ausbildungszeiten – nunmehr die Kernausbildungszeit als jener Zeitraum definiert war, in dem der überwiegende Teil des fachärztlichen Personals in der anerkannten Ausbildungsstätte anwesend war.

Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens hatte der RH darauf hingewiesen, dass dies in der Praxis nur für einen Zeitraum zutraf, der im Wesentlichen den bisher vorgegebenen 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr entsprach. Allerdings wurde mit der endgültig beschlossenen Novelle auch der Zeitraum ausgedehnt, in dem 25 der 35 Wochenstunden zu absolvieren waren; nach der neuen Rechtslage war dies zwischen 7.00 Uhr und 16.00 Uhr möglich.

48.2 Der RH sah die jahrelange Einschränkung der anrechenbaren Ausbildungszeit auf die Kernarbeitszeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr an Wochentagen kritisch, weil dies aus seiner Sicht zur Sicherung der

²¹⁶ Gemäß dieser ärzttegesetzlichen Bestimmungen und § 8 Abs. 10 KAKuG, wonach der ärztliche Dienst so einzurichten war, dass die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist, war daher – in letzter Konsequenz vom ärztlichen Leiter – auf eine entsprechende Diensterteilung der Turnusärzte zu achten.

²¹⁷ Regierungsvorlage 306 BlgNR XXII. Gesetzgebungsperiode

Ausbildungsqualität weder erforderlich noch in der Praxis durchgängig umsetzbar war.

Er erachtete daher die Möglichkeit einer besseren Einteilung der Ausbildungszeiten für sinnvoll und hob insbesondere die Ausdehnung des bisher vorgegebenen Zeitraums auf 7.00 Uhr bis 16.00 Uhr positiv hervor.

Entlohnung der Turnusärzte

Rechtliche Rahmenbedingungen

49 (1) Die Entlohnung der TÄ/A und der TÄ/F in den überprüften Krankenanstalten erfolgte auf Grundlage der nachstehenden Bestimmungen:

AKH Wien und LKH Innsbruck

Alle am AKH Wien tätigen Ärzte, somit auch die TÄ/F, waren wie erwähnt Bedienstete der MedUni Wien. Im LKH Innsbruck war die MedUni Innsbruck Dienstgeberin etwa der Hälfte der dort tätigen Fachärzte bzw. TÄ/F. Für diese erfolgte die Entlohnung auf Grundlage der Bestimmungen des Kollektivvertrags für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Universitäten.

Für die anderen im LKH Innsbruck beschäftigten Ärzte (darunter waren auch alle TÄ/A) war Dienstgeber das Land Tirol. Für die Entlohnung der Turnusärzte des Landes Tirol waren die Bestimmungen des Tiroler Landesbedienstetengesetzes²¹⁸ sowie jene des sogenannten Modells Tirol bindend. Dieses Modell war eine Betriebsvereinbarung zwischen der TILAK und dem Zentralbetriebsrat, in der u.a. die Bewertung von Überstunden geregelt wurde.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Alle Ärzte der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten waren Bedienstete des Landes Niederösterreich; für ihre Entlohnung waren die Bestimmungen des NÖ Spitalsärztegesetzes 1992 anzuwenden.

(2) Aufgrund von internen Vereinbarungen erhielten die Turnusärzte an fast allen überprüften Kliniken bzw. Abteilungen für Innere Medizin einen Anteil an den Sondergebühren.

²¹⁸ LGBl. Nr. 2/2001 i.d.g.F.

Gehälter

- 50 (1) Um trotz der beschriebenen unterschiedlichen Gehalts- bzw. Arbeitszeitregelungen einen Gehaltsvergleich anstellen zu können, stützte sich der RH auf eine – mit den Dienstgebern der in den überprüften Krankenanstalten tätigen Turnusärzte akkordierte – Modellrechnung.

Dazu zog er das jeweilige Grundgehalt entsprechend der Einstufung sowie regelmäßige Zulagen heran; die gesetzlich vorgesehenen Sonderzahlungen (13. und 14. Gehalt) nahm der RH ebenfalls in die Modellrechnung des Jahresgehalts auf.²¹⁹

Einen wesentlichen Gehaltsbestandteil der Ärzte bildete die zu leistende Mehrarbeit in Form von verlängerten Diensten (Nachtdienste, Dienste an Wochenenden). Da bei den überprüften Rechtsträgern bzw. Krankenanstalten unterschiedliche Arbeitszeitmodelle zur Anwendung kamen, die aus verschiedenen Gründen (z.B. Anzahl der Dienste bzw. der Überstunden, Freizeitausgleich etc.) nur eingeschränkt vergleichbar waren, ging der RH in seinem Rechenmodell davon aus, dass

- jeder Turnusarzt die gleiche Anzahl und Art von verlängerten Diensten im Jahr leistete,
- die Dauer der einzelnen Dienste gleich war,
- keine Überstunden außerhalb der verlängerten Dienste geleistet wurden sowie
- alle geleisteten Stunden bzw. zuerkannten Zeitguthaben monetär abgegolten wurden.

(2) Für die Modellrechnung wurde angenommen, dass die Turnusärzte zusätzlich zur Normalarbeitszeit insgesamt 40 verlängerte Dienste im Jahr zu erbringen hatten, was alle Krankenanstaltenträger als realistisch erachteten. Die Abgeltung der Dienste war abhängig von der Dauer und ob sie wochentags oder am Wochenende geleistet wurden. Für die 40 verlängerten Dienste ging der RH deshalb einheitlich von folgender Verteilung aus:

²¹⁹ Nicht berücksichtigt wurden hingegen Zulagen, welche abhängig von der persönlichen Situation zur Auszahlung gelangten, wie z. B. die Kinderzulage oder der Fahrtkostenzuschuss.

Entlohnung der Turnusärzte

- 28 verlängerte Dienste jeweils zwischen Montag und Freitag (Dauer von 16 Stunden),
- sechs verlängerte Dienste jeweils von Samstag auf Sonntag (Dauer von 24 Stunden) und
- sechs verlängerte Dienste jeweils von Sonntag auf Montag mit einer Dauer von ebenfalls 24 Stunden.²²⁰

Geringfügige Abweichungen in einzelnen Krankenanstalten bei der Dauer der Dienste (wie z.B. 17 Stunden anstatt 16 Stunden bei den Diensten wochentags oder 25 Stunden anstatt 24 Stunden bei den Wochenenddiensten) wurden in dieser Modellrechnung nicht berücksichtigt.

(3) Um auch einen internationalen Vergleichswert zu erhalten und vor dem Hintergrund der immer wieder ins Treffen geführten Abwanderung von Turnusärzten ins Ausland, berechnete der RH auch die Abgeltung von angestellten Ärzten in Deutschland nach Tarifverträgen des Marburger Bundes für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern und an Universitätskliniken²²¹ unter Heranziehung seiner Modellrechnung. Daneben gab es allerdings noch eine Vielzahl weiterer Tarifverträge etwa mit privaten Klinikkonzernen.²²²

Der Marburger Bund war der Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands und deren gewerkschaftliche sowie berufspolitische Vertretung sowie die Interessenvertretung der Medizinstudierenden.

Vergleichbare Vertragswerke für Schweizer Ärzte gab es nicht. Eine mit den Berechnungen auf Basis von Tarifverträgen des Marburger Bundes vergleichbare Rechnung für die Schweiz war daher nicht möglich.

²²⁰ Wochenenddienste waren von Turnusärzten aufgrund der Kernarbeitszeitregelung grundsätzlich nur in Ausnahmefällen absolvierbar. Die Annahme von insgesamt zwölf Wochenenddiensten pro Jahr wurde vor dem Hintergrund getroffen, dass eine Auswertung der Dienstpläne für Innere Medizin regelmäßige Abwesenheiten in der Kernarbeitszeit zwischen einem und sieben Tagen pro Monat ergeben hatte (siehe TZ 48). Um ein realistisches Gehaltsmodell zu erstellen, war es daher notwendig, diese Praxis zu berücksichtigen. Allerdings wurde – im Sinne des Ausnahmetatbestands der Kernarbeitszeitregelung – mit einem Wochenenddienst pro Monat der niedrigste Wert dieser Bandbreite angenommen.

²²¹ Gilt für rd. 550 kommunale Kliniken bzw. 20 Universitätskliniken.

²²² In Deutschland gab es 2012 rd. 2.020 Krankenanstalten, davon waren nur rd. 30 % öffentliche Krankenanstalten (Träger: Bund, Länder, Kreise, Städte etc.); rd. 35 % waren freigemeinnützige Krankenanstalten (Träger: Kirchen, Wohlfahrtsverbände etc.) und rd. 35 % private Krankenanstalten (z.B. Helios Kliniken).

51.1 (1) Die Gehälter der TÄ/A und TÄ/F stellten sich zur Zeit der Gebärungsüberprüfung im Jahr 2014 im Überblick für beide zusammengefasst wie folgt dar:

Tabelle 19: Entlohnung der TÄ/A und TÄ/F – Bandbreiten (Modellrechnung)				
Bandbreite	Ausbildungsbeginn		Ausbildungsende	
	von	bis zu	TÄ/A bis zu ¹	TÄ/F bis zu ²
	in EUR			
Jahresbrutto samt Sonderzahlungen	40.840	45.660	44.870	51.020
Entgelt für 40 Dienste	16.580	23.170	20.210	23.690
Gesamtgehälter	60.400	67.800	62.490	74.190

¹ im dritten Ausbildungsjahr

² im sechsten Ausbildungsjahr, ausgehend von der Annahme, dass davor keine Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin absolviert wurde, sonst Gehalt bis zu rd. 75.260 EUR

Quellen: Berechnungen RH

- Die unterschiedlichen Gehaltshöhen zu Ausbildungsbeginn waren auch darauf zurückzuführen, dass TÄ/A und TÄ/F teilweise uneinheitlich eingestuft wurden (auch durch Anrechnung von Vordienstzeiten).
- Die unterschiedlichen Gehälter zum Ausbildungsende waren insbesondere dadurch bedingt, dass in der Modellrechnung – entsprechend den gesetzlich vorgesehenen Mindestausbildungszeiten – eine Ausbildungsdauer für TÄ/A von drei Jahren und für TÄ/F von sechs Jahren angenommen wurde.
- Die Abgeltung der verlängerten Dienste war u.a. auch insofern unterschiedlich, als das Entgelt für Dienste teilweise vom tatsächlichen Einsatz abhängig war. Als Einsatzzeiten galten in diesem Fall ausschließlich patientenbezogene ärztliche Tätigkeiten (nicht Dokumentations- bzw. Verwaltungsaufgaben), genaue Zeitaufzeichnungen darüber waren verpflichtend.

(2) Die TILAK sah ab dem Jahr 2015 eine Gehaltsreform vor.²²³ Einer der Gründe hierfür war, dass das bestehende Gehaltssystem insbesondere bei jüngeren Ärzten als nicht marktgerecht angesehen wurde.

(3) Die genannten Tarifverträge des Marburger Bundes (siehe TZ 50) wiesen auf Basis der Modellrechnung des RH für Ausbildungsärzte in

²²³ Niederösterreich hatte 2012 eine Gehaltsreform durchgeführt.

Entlohnung der Turnusärzte

Deutschland im Vergleich zu Österreich teilweise höhere Gehälter²²⁴ aus. Wie unter TZ 6 ausgeführt, waren deutlich mehr österreichische Ärzte in Deutschland tätig als umgekehrt und in den letzten Jahren eine stetig steigende Tendenz erkennbar.

Trotzdem gab es auch eine nicht unbeträchtliche Anzahl deutscher Ärzte in Österreich. Eine deutsche Fallstudie²²⁵ untersuchte – vor dem Hintergrund des dort bestehenden Ärztemangels²²⁶ – die Gründe für die Abwanderung deutscher Ärzte nach Österreich.

Als wesentlichste Beweggründe für einen Wechsel nach Österreich wurden – trotz niedrigeren Gehalts – bessere Arbeitsbedingungen (Arbeitszeiten, höhere Ärztedichte in den Krankenanstalten etc.), eine vertraglich stabilere Situation und eine bessere Work-Life-Balance angegeben. Als negativer Faktor wurde etwa die schlechtere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal gesehen.

- 51.2** Der RH hielt kritisch fest, dass die Höhe der Turnusärztegehälter in den überprüften Krankenanstalten intransparent war und nur unter Zuhilfenahme von Annahmen vergleichbar gemacht werden konnte.

Grund dafür war insbesondere, dass den Gehältern der im AKH Wien, im LKH Innsbruck und in den niederösterreichischen Krankenanstalten tätigen Turnusärzte unterschiedliche Gehaltsschemen sowie Abgeltungen von verlängerten Diensten zugrunde lagen; im LKH Innsbruck wurden die dort tätigen TÄ/F – abhängig vom Dienstgeber – unterschiedlich entlohnt.

Was die – sich aufgrund von beispielhaft ausgewählten Tarifverträgen ergebenden – teilweise höheren Gehälter in Deutschland betrifft, so können diese nach Auffassung des RH mit ein Grund sein, dass mehr österreichische Ärzte dort tätig waren als deutsche Ärzte in Österreich. Nach Ansicht des RH war das Gehalt jedoch nur einer von vielen Faktoren, um Turnusärzte zur Absolvierung ihrer Ausbildung in Österreich zu motivieren.

²²⁴ – Ärzte an kommunalen Krankenhäusern: bis zu rd. 81.200 EUR (im sechsten Ausbildungsjahr)

– Ärzte an Universitätskliniken: bis zu rd. 85.200 EUR (im sechsten Ausbildungsjahr)

²²⁵ A.E. Schmidt, E. Klambauer, Zwischen Ökonomisierung und Work-Life-Balance – Perspektiven zur Abwanderung von deutschem Gesundheitspersonal nach Österreich, Georg Thieme Verlag

²²⁶ Laut Berechnungen der EU-Kommission fehlten im Jahr 2010 in Deutschland bereits 17.000 Ärzte, eine Zahl, die bis 2030 auf 165.000 ansteigen könnte.

Wesentlich waren aus seiner Sicht auch bestmögliche Umfeldbedingungen innerhalb der Krankenanstalt, wie etwa das Engagement der Ausbilder und die Unterstützung durch diese, ein durchgängig strukturierter Ausbildungsverlauf, die Integration in das Team und entsprechende Wertschätzung sowie eine optimale Aufteilung zwischen den Berufsgruppen.

Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlung nach einer regelmäßigen – von den zuständigen Institutionen gemeinsam durchgeführten – Erhebung der Abwanderungsgründe und -zahlen von Absolventen eines Medizinstudiums bzw. von Turnusärzten und deren Drop-out-Gründe (TZ 5), um auf Basis gesicherter Daten die erforderlichen Maßnahmen treffen zu können.

Maßnahmen zur Korruptions- prävention

52.1 Der Besuch externer Aus- und Fortbildungsveranstaltungen durch (Turnus)Ärzte wurde in den überprüften Krankenanstalten in unterschiedlichem Ausmaß finanziell gefördert.²²⁷ Für darüber hinausgehende Kosten mussten die Ärzte teilweise selbst aufkommen. Eine weitere oder zusätzliche Möglichkeit waren Unterstützungszahlungen für Aus- und Fortbildungen von dritter Seite (z.B. Pharmaunternehmen).

Insbesondere vor dem Hintergrund der strafrechtlichen Bestimmungen betreffend Korruption²²⁸ überprüfte der RH, ob bzw. welche Verhaltensregeln für die Ärzte in den vier Krankenanstalten hinsichtlich der Annahme von (Unterstützungs)Leistungen von Dritten vorgesehen waren:

AKH Wien und LKH Innsbruck

(1) Die MedUni Wien erließ bereits im Oktober 2008 bezugnehmend auf das mit 1. Jänner 2008 in Kraft getretene Strafrechtsänderungsgesetz 2008²²⁹ „Richtlinien zur Vermeidung von Strafbarkeit bei Geschenkannahme (Antikorruptionsrichtlinien)“; diese waren auf der Homepage der MedUni Wien abrufbar. Die MedUni Innsbruck beschloss im Dezember 2008 die Anwendung der Richtlinien der MedUni Wien; diese waren im Intranet der MedUni Innsbruck verfügbar.²³⁰

²²⁷ zum Beispiel durch Drittmittel, Ausbildungsmillion des Landes Niederösterreich etc.

²²⁸ §§ 304 ff. Strafgesetzbuch (StGB), Strafbare Verletzungen der Amtspflicht, Korruption und verwandte strafbare Handlungen

²²⁹ BGBl. I Nr. 109/2007

²³⁰ Unabhängig von der Richtlinie verlangten oft Unternehmen selbst, Antikorruptionserklärungen von den Universitäten. Solche wurden dann von den Rechtsabteilungen geprüft und freigegeben.

Maßnahmen zur Korruptionsprävention

Die an beiden Medizinischen Universitäten geltenden Richtlinien legten u.a. Folgendes fest:

- Die Annahme von Geschenken, Einladungen etc. durch den Mitarbeiter selbst war unzulässig; erlaubt waren entsprechende Leistungen an die Universitätsklinik bzw. Organisationseinheit.
- Einladungen zu Kongressen ohne Vortragstätigkeit bzw. Tagungsvorsitz sowie zu Firmenproduktveranstaltungen waren jedenfalls an die Universitätsklinik bzw. Organisationseinheit zu richten; diese entschied, welcher Mitarbeiter teilnehmen durfte. Hinsichtlich des Reisekostenzuschusses waren drei Varianten vorgesehen.²³¹
- Einladungen zu Kongressen mit Vortragstätigkeit bzw. Tagungsvorsitz durften von den Mitarbeitern selbst angenommen werden; die Übernahme der Reisekosten wurde als „Honorarleistung“ betrachtet. Die „Verhältnismäßigkeit“ musste gegeben sein.
- Betreffend Essenseinladungen bzw. Weihnachtsfeiern war – laut den Richtlinien – zwar eine direkte Kostenübernahme durch ein Unternehmen unzulässig, eine Refundierung der Kosten durch dieses über ein Drittmittelkonto der Medizinischen Universitäten aber erlaubt.

Weitere Festlegungen, wie etwa eine detaillierte Regelung des einzuhaltenden Prozesses samt transparenter Dokumentation sowie Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, klare Begriffsdefinitionen, die von leitenden Mitarbeitern (Klinikvorstände, Abteilungsleiter etc.) einzuhaltende Vorgangsweise, Sanktionsmechanismen etc. fehlten.

Weder die MedUni Wien noch die MedUni Innsbruck hatten im Vorfeld eine nachvollziehbare Korruptionsrisikoanalyse²³² durchgeführt; die MedUni Wien orientierte sich an aus ihrer Sicht typischen Fallkonstellationen. Obwohl in den vergangenen sechs Jahren zwei relevante Gesetzesnovellen²³³ erfolgten, blieben die genannten Richtlinien bis zur Zeit der Gebarungüberprüfung unverändert.

²³¹ 1) Refundierung auf ein allgemeines Reise- und Kongresskonto der Universität bzw. Organisationseinheit,
2) „unrestricted Grants“ von „Grant-Gebern“ für Fortbildungen und Kongressreisen und
3) direkte Reisebuchung durch die Firma (mit Dokumentationspflicht)

²³² Ziel einer Risikoanalyse ist es, potenzielle Gefahren für die Organisation (bspw. materielle oder immaterielle Schäden), aber auch entgangene (Ertrags-)Chancen zu ermitteln und hieraus geeignete Maßnahmen zur Risikominderung abzuleiten.

²³³ Korruptionsstrafrechtsänderungsgesetz 2009, BGBl. I Nr. 98/2009, Korruptionsstrafrechtsänderungsgesetz 2012, BGBl. I Nr. 61/2012

(2) Im LKH Innsbruck war Folgendes geregelt:

- Der Ärztliche Direktor des LKH Innsbruck erließ für die TILAK-Ärzte des LKH Innsbruck im Februar 2009 eine „Richtlinie zur Vorbeugung von Vorteilsannahme und Korruption“. Die Festlegungen betreffend „Annahme von Dienstleistungen und Einladungen“ (Punkt 4.2.) entsprachen im Wesentlichen jenen in den Richtlinien der MedUni Wien; allerdings waren Sanktionen bis zum Verlust des Arbeitsplatzes vorgesehen. Eine vorgängige Korruptionsrisikoanalyse fehlte auch hier.
- Im Oktober 2013 erfolgte ein neuerliches Rundschreiben an alle TILAK-Ärzte am LKH Innsbruck, in dem, gemeinsam mit Festlegungen betreffend klinische Studien und Beraterverträge, die Bestimmungen über die Kongressteilnahme – jedoch in einigen Punkten abgeändert – noch einmal zur Kenntnis gebracht wurden. So waren etwa die auch in den MedUni Wien-Richtlinien getroffene Festlegung, wonach „die Teilnahme an Veranstaltungen und Feiern dann unproblematisch sei, wenn nicht ausschließlich Mitarbeiter einer Universitätsklinik bzw. Organisationseinheit teilnahmen, sondern ein darüber hinausgehender größerer Personenkreis“ sowie die Sanktionsbestimmungen nicht mehr enthalten. Das Schreiben sah weiters umfassendere Dokumentationsbestimmungen vor.

Nach Angaben des LKH Innsbruck seien sowohl die Richtlinie vom Februar 2009 als auch das Schreiben vom Oktober 2013 gültig und würden einander ergänzen.

- Im Laufe des Jahres 2014 entwickelte das LKH Innsbruck ein eigenes Meldeformular²³⁴, das von dem an der Veranstaltung teilnehmenden Mitarbeiter (auch z.B. im Fall von eigener Vortragstätigkeit), vom Klinikvorstand, der Kollegialen Führung und dem unterstützenden Unternehmen zu unterzeichnen war; Angaben zum Wert der Unterstützungsleistungen waren nicht vorgesehen. Mit der Erklärung sollten die Erwartung jeglicher Gegenleistung und eine Beeinflussung ausgeschlossen werden.

Ein entsprechendes Verfahren zum Umgang damit war nicht schriftlich festgelegt. Das LKH Innsbruck gab an, dass diese Erklärungen sowohl in der Ärztlichen Direktion als auch in den Kliniken aufbewahrt würden.

²³⁴ Erklärung zu den TILAK-Antikorruptionsrichtlinien

Maßnahmen zur Korruptionsprävention

(3) Das AKH Wien, das LKH Innsbruck und die beiden Medizinischen Universitäten planten Folgendes:

- Die MedUni Wien beabsichtigte eine Überarbeitung ihrer Antikorruptionsrichtlinien auch unter Beachtung der von der Österreichischen Universitätenkonferenz im Oktober 2013 herausgegebenen Richtlinie „Leitlinie im Umgang mit allfälligen Korruptionssachverhalten an Universitäten“. Im Rahmen der geplanten gemeinsamen Betriebsführung mit dem AKH Wien war weiters eine gemeinsame Risikomanagement-Strategie vorgesehen.
- Das LKH Innsbruck und die MedUni Innsbruck hatten vor, durch eine Zusammenführung ihrer Dokumente, einheitliche Antikorruptionsbestimmungen zu schaffen.

LK St Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Das Land Niederösterreich als Dienstgeberin der Ärzte in den überprüften Krankenanstalten hatte keine speziellen Regelungen für die Vorgehensweise bei Kongresseinladungen etc. an Ärzte festgelegt²³⁵.

Die NÖ Landeskliniken-Holding erstellte im Jahr 2010 ausgehend von aus ihrer Sicht relevanten Fallkonstellationen zur Vermeidung von Korruption eine Reihe von Vorgaben (Formulare, Prozessbeschreibungen). So war etwa die (Teil)Finanzierung der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen durch Ärzte – auch bei aktiven Beiträgen des Teilnehmenden selbst – anhand von Formularen sowohl von der Ärztlichen Direktion als auch von der NÖ Landeskliniken-Holding zu genehmigen. Auch jede Art von Sponsoring war genehmigungspflichtig.

Eine umfassende Risikoanalyse im Vorfeld fehlte jedoch auch hier. Die Anweisungen entsprachen nicht vollständig der aktuellen Rechtslage²³⁶; in den Formularen war zum Teil nicht vorgesehen, dass der Gegenwert der Unterstützungsleistung zu vermerken war.

52.2 Der RH anerkannte grundsätzlich die Bemühungen der überprüften Krankenanstalten und Krankenanstaltenträger bzw. der Medizinischen Universitäten um die Vermeidung von Korruption im Zusammenhang

²³⁵ Es bestanden jedoch Dienstanweisungen betreffend verbotene Geschenkkannahme und Korruptionsbekämpfung etc.

²³⁶ So stellte bspw. das Dokument „Sponsoringvereinbarung“ nicht auf den – mit dem Korruptionsstrafrechtsänderungsgesetz 2012 eingeführten – „ungebührlichen Vorteil“ im Sinne des § 305 StGB ab.

mit der ärztlichen Aus- und Fortbildung, wenngleich die Regelungen teilweise unterschiedlich ausgestaltet waren.

Kritisch stellte der RH fest, dass im Vorfeld der bestehenden Korruptionspräventionsregelungen keine schriftlich nachvollziehbaren Korruptionsrisikoanalysen durchgeführt worden waren.

Bezüglich aller überprüften Krankenanstalten erachtete der RH die erlassenen Vorgaben insofern als nicht ausreichend, weil sie u.a. die aktuelle Rechtslage nicht immer abbildeten sowie teilweise wesentliche Begriffe und Prozesse nicht abschließend und klar definierten; auch Dokumentationsanforderungen und Kontrollmechanismen waren aus Sicht des RH zum Teil unzureichend geregelt.

Positiv hob der RH die vom LKH Innsbruck und der NÖ Landeskliniken-Holding konzipierten Formulare hervor; er hielt jedoch im LKH Innsbruck eine nachvollziehbare Verfahrensordnung für erforderlich.

Zur Unterstützung der Krankenanstalten(träger) und der (Medizinischen) Universitäten empfahl der RH dem BMG, gemeinsam mit dem BMWWF und der ÖÄK – nach einer Identifikation der häufigsten Korruptions-Fallkonstellationen – Vorgaben zur Korruptionsprävention bzw. Good-Practice-Beispiele (z.B. Musterformulare) zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen.

Der RH empfahl dem AKH Wien gemeinsam mit der MedUni Wien, dem LKH Innsbruck bzw. der TILAK gemeinsam mit der MedUni Innsbruck sowie dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken-Holding, nach Durchführung einer umfassenden Korruptionsrisikoanalyse die (geplante) Überarbeitung und Ergänzung der Richtlinien/Vorgaben²³⁷ im Sinne der geltenden Rechtslage sowie ihre laufende Aktualisierung; im Interesse der Übersichtlichkeit sollte jeweils ein Gesamtdokument erstellt werden.

Nach Ansicht des RH wäre in diesem Zusammenhang vom AKH Wien, der TILAK bzw. dem LKH Innsbruck und den Medizinischen Universitäten Folgendes zu regeln:

- Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Genehmigungsprozesses für alle Einladungen an Mitarbeiter, auch an Leitungsorgane (mit und ohne aktiven Beitrag, Feiern und sonstige Veranstaltungen etc.),

²³⁷ In den Formularen wäre auch die Angabe des Werts der Unterstützungsleistung vorzusehen.

Maßnahmen zur Korruptionsprävention

- Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Verfahrens über die Abwicklung von Geldflüssen; Verbot von „Umgebungsgeschäften“ (z.B. der Refundierung der Kosten für eine Weihnachtsfeier auf ein Drittmittelkonto),
- klare Definition von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten auf den unterschiedlichen Führungsebenen (bspw. allenfalls unter Festlegung von Wertgrenzen) sowie
- Einrichtung von geeigneten Kontroll- und Informationsmechanismen, um die Einhaltung der Vorgaben sicherzustellen.

52.3 (1) *Laut Stellungnahme des BMG sehe es im Hinblick auf eine Identifikation der häufigsten Korruptions-Fallkonstellationen keine Zuständigkeit.*

(2) Die Stadt Wien verwies auf die Zuständigkeit der MedUni Wien. Für die Mitarbeiter der Stadt Wien seien im AKH Wien transparente und nachvollziehbare Genehmigungsprozesse sowie die Verantwortlichkeiten auf den unterschiedlichen Führungsebenen festgelegt. Darüber hinaus seien Kontroll- und Informationsmechanismen eingerichtet. Eine gemeinsame Korruptionsrisikoanalyse sei nur im Zusammenwirken mit der MedUni Wien möglich. Diesbezüglich werde auf die geplante Umsetzung des neuen Zusammenarbeitsvertrags verwiesen. Seitens der TU-AKH Wien werde die Empfehlung des RH umgesetzt.

Die MedUni Wien sagte die Umsetzung ebenfalls zu. Sie teilte mit, dass im Zusammenhang mit der damaligen Erstellung der Richtlinie die Auswirkungen der Strafrechtsnovelle auf die MedUni Wien vor allem hinsichtlich Amtsträgerbegriff und „Anfütterungsverbot“ analysiert, verschiedenste Fallkonstellationen gebildet und Maßnahmen für eine rechtskonforme Vorgangsweise definiert worden seien. Die Drittmittelgebarung der Organisationseinheiten der MedUni Wien werde regelmäßig durch die interne Revision geprüft. Dabei würden auch die Prozesse bezüglich Zuwendungen Dritter und die Einhaltung der Antikorruptionsregelungen beleuchtet.

Eine Aktualisierung der Antikorruptionsrichtlinien sei gerade in Arbeit. Diese beinhalte eine Anpassung der beiliegenden Gesetzesbestimmungen, die Festlegung der Zuständigkeiten, die ergänzende Darstellung des Genehmigungsprozesses, einheitliche Vorgaben hinsichtlich Abwicklung und Dokumentation sowie Kontrollmechanismen. Die von einer Arbeitsgruppe der Universitätenkonferenz erstellten Leitlinien im Umgang mit allfälligen Korruptionssachverhalten an Universitäten würden bei der Überarbeitung der Richtlinien ebenso

berücksichtigt, wie die neuen Transparenzbestimmungen des PHARMIG-Kodex. Darüber hinaus würde im Entwurf des neuen Entwicklungsplans der MedUni Wien ein eigenes Kapitel zu Corporate Governance aufgenommen.

An der MedUni Wien sei ein Risikomanagement etabliert, das laufend eine Risikobetrachtung vornehme. Im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ sei eine gemeinsame Risikomanagement-Strategie mit Fokus auf die Risiken der gemeinsamen Betriebsführung vorgesehen. Es werde auch eine Korruptionsrisikolenkung durchgeführt, die im Risikomanagementkonzept zu berücksichtigen sein werde.

(3) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck habe die MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission die Aktualisierung der derzeit gültigen Richtlinien zur Korruptionsprophylaxe vereinbart. Die TILAK und die MedUni Innsbruck würden aktuell diese Version vorbereiten, mit deren abschließender Behandlung durch die Kommission in den nächsten Wochen zu rechnen sei.

Die MedUni Innsbruck bekenne sich weiters zur Beachtung einschlägiger Regelungen bzw. gesetzlicher Bestimmungen, etwa im Zusammenhang mit der Durchführung klinischer Studien bzw. der wissenschaftlichen Forschung.

(4) Laut Mitteilung des Landes Niederösterreich seien Vorarbeiten zur rechtlichen Überarbeitung und Ergänzung der Richtlinien/Vorgaben zur Korruptionsprävention bereits geleistet worden. Der Prüfplan für 2015 der Stabsstelle Revision der NÖ Landeskliniken-Holding sehe die Prüfung der Anzahl und des monetären Ausmaßes von Firmen gesponserter Aus- und Fortbildungen vor; als deren Ergebnis würden Rückschlüsse bzw. Empfehlungen der Revision im Sinne einer Korruptionsrisikolenkung erwartet, die in die geplante Überarbeitung der Vorgaben einfließen würden. Weitere Richtlinien, die zur Korruptionsprävention beitragen würden, befänden sich bereits in Ausarbeitung (z.B. Richtlinie über die Beschaffung neuer Produkte).

- 52.4** Der RH entgegnete dem BMG, dass die Schaffung eines öffentlichen Bewusstseins für die Gefahren mangelnder Transparenz im Gesundheitswesen auch im Zusammenhang mit der ärztlichen Aus- und Fortbildung eine Grundvoraussetzung für die Bekämpfung von Korruption war, die eine möglichst hohe Qualität des Gesundheitswesens beeinträchtigt. Da die Gewährleistung der Qualität des Gesundheitswesens eine wesentliche Aufgabe des BMG darstellte, sollte ein koordinierter Korruptionspräventionsansatz mit einheitlichen Vorgaben im Interesse

Maßnahmen zur Korruptionsprävention

des BMG liegen. Der RH hielt daher seine Empfehlung gegenüber dem BMG aufrecht.

Der RH anerkannte die geplanten Maßnahmen der MedUni Wien, der TILAK und der MedUni Innsbruck sowie des Landes Niederösterreich.

Gegenüber der TILAK bzw. MedUni Innsbruck und dem Land Niederösterreich hielt der RH fest, dass das Ziel einer Korruptionsrisikoanalyse war, potenzielle Gefahren für die Organisation zu ermitteln und hieraus geeignete Maßnahmen zur Risikominderung abzuleiten. Dazu waren auch die klare Zuordnung der Aufgabenwahrnehmung bezüglich des Prozesses der Risikoanalyse und der Risikoverantwortlichkeit sowie eine zentrale Steuerung durch eine verantwortliche Person notwendig.

Zur Korruptionsprävention bedurfte es einer Identifikation der besonders korruptionsgefährdeten Aufgabenbereiche und Entscheidungsprozesse unter Berücksichtigung insbesondere der Eintrittswahrscheinlichkeit und der Höhe eines möglichen Schadens. In die Ermittlung und Bewertung der Risiken sollten alle Hierarchie-Ebenen eingebunden sein. Die durch die Analyse erfassten Korruptionsrisiken waren organisationsweit entsprechend ihrem Umfang und Gewicht zu bewerten bzw. zu priorisieren und bildeten die Grundlage für geeignete Präventionsmaßnahmen. Im Sinne dieser Ausführungen wiederholte der RH daher seine Empfehlung nach der Durchführung einer umfassenden Korruptionsrisikoanalyse.

Gegenüber der TILAK und der MedUni Innsbruck wiederholte der RH im Hinblick auf die Bedeutung umfassender Korruptionspräventionsmaßnahmen darüber hinaus die von ihm empfohlenen Festlegungen (z.B.: transparenter und nachvollziehbar dokumentierter Genehmigungsprozess, transparentes und nachvollziehbar dokumentiertes Verfahren über die Abwicklung von Geldflüssen, klare Definition von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sowie geeignete Kontroll- und Informationsmechanismen).

Zusammenfassung

- 53** Der RH anerkannte, dass im Bereich der Ärzteausbildung in den letzten Jahren sowohl im Bereich der rechtlichen Grundlagen als auch in den überprüften Krankenanstalten selbst eine deutliche Entwicklung erkennbar war.

Allerdings stellte der RH im Rahmen seiner Überprüfung erheblichen Handlungsbedarf fest, um künftig eine qualitätsgesicherte, durchgängig einheitlich strukturierte sowie zeitlich durchgeplante Ausbildung von Ärzten nachhaltig sicherzustellen. Dies insbesondere vor dem Hinter-

grund, dass – Daten aus den letzten Jahren zufolge – bis zu 40 % der Absolventen des Studiums der Humanmedizin für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung standen und insbesondere in peripher gelegenen Krankenanstalten ein Mangel an TÄ/A erkennbar war.

(1) Zu den Grundlagen der Ärzteausbildung

Das ÄrzteG 1998 und die darauf basierenden Verordnungen (insbesondere die ÄAO und die KEF-VO) stellen wesentliche rechtliche Grundlagen für die Ärzteausbildung in Österreich dar. Diese beurteilte der RH im Überblick wie folgt:

(a) Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in den letzten Jahrzehnten in Österreich im Wesentlichen unverändert. Gemeinsam mit dem Umstand, dass in den vergangenen Jahren rd. 50 % der Turnusärzte vor der Facharztausbildung – aus verschiedensten Gründen – auch die mindestens dreijährige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin absolvierten, konnte dies zu einer insgesamt mindestens zwölfjährigen ärztlichen Ausbildung führen. (TZ 2, 3)

Die Datenlage etwa betreffend Ausbildungsdauern bzw. Verlängerungsgründe war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung unzureichend; manche rechtlichen Begriffe ließen Fragen offen. Die – bis zur Ärzteausbildung NEU jahrelang geltende – gesetzliche Einschränkung der anrechenbaren Ausbildungszeit auf die Kernarbeitszeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr an Wochentagen war zur Sicherung der Ausbildungsqualität weder erforderlich noch in der Praxis durchgängig umsetzbar. (TZ 29, 40, 48)

(b) Die mit der aktuellen Novelle zum ÄrzteG 1998 vorgenommene Neugestaltung der Ärzteausbildung, beschlossen im Oktober 2014, sah der RH zwar grundsätzlich positiv; seine bereits im Begutachtungsverfahren zu dieser Novelle geäußerten Bedenken hielt er jedoch aufrecht. Er hielt u.a. (auch weiterhin) fest, dass

- die Novelle noch stärker als bisher die Regelung bestimmter Inhalte von der Gesetzgebung auf die Verordnungsebene verschob und die finanziellen Auswirkungen etwa der verpflichtenden Lehrpraxis nicht ausreichend dargestellt waren (TZ 3, 8),
- die Grundlagen für die umfassende Neugestaltung sowie die Eignung der getroffenen Maßnahmen für die Schaffung einer modernen und bedarfsgerechten Ärzteausbildung für den RH nicht nachvollziehbar und die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung

bzw. mögliche Konsequenzen daraus nicht ausreichend begründet bzw. erläutert waren (TZ 3, 11),

- wesentliche Daten bzw. Entscheidungsgrundlagen (wie etwa betreffend die Drop-Out-Gründe von Turnusärzten, der Rückgang von Allgemeinmedizinerinnen mit eigenen Ordinationen, etc.), die erforderlich wären, um nachhaltig geeignete Voraussetzungen für den Verbleib von (Turnus)Ärztinnen in Österreich zu schaffen, fehlten (TZ 5, 6),
- die Novelle keine Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Basisausbildung vorsah (TZ 8),
- der konkrete quantitative Bedarf an (Turnus)Ärztinnen bisher vom Gesetzgeber unberücksichtigt geblieben war und für die nunmehr festgelegte Bedarfsorientierung im Bereich der allgemeinmedizinischen Ausbildung keine Kennzahlen vorlagen sowie auch konkrete Vorgaben dafür fehlten, wer diese auf welche Weise erheben sollte (TZ 9),
- in der Novelle notwendige Festlegungen betreffend die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten des Ärztlichen Leiters und des Ausbildungsverantwortlichen fehlten (TZ 19, 23),
- für mit der Novelle erstmals verpflichtend festgelegte wichtige Qualitätssicherungs- bzw. Planungsinstrumente (z.B. Ausbildungskonzept, Ausbildungsplan) konkrete und klare Definitionen fehlten (TZ 26, 27),
- trotz der Bedeutung von (krankenanstaltsüberschreitenden) Rotationen auch im Rahmen der Ärzteausbildung NEU die Vorlage eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung für eine Ausbildungsstätte nicht vorgesehen war (TZ 27) und
- der Umsetzungszeitraum für die Neugestaltung kurz bemessen, etwaige Folgen bspw. der nunmehr aufbauenden Ausbildungsstruktur nicht ausreichend thematisiert sowie keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen waren (TZ 3).

(c) Manche Rasterzeugnisse enthielten OP-Kataloge mit Fallzahlen für – etwa von den TÄ/F der Chirurgie oder der Frauenheilkunde und Geburtshilfe – durchzuführende Eingriffe (z.B. Appendektomien, normale Geburten, Kaiserschnitte), die dem tatsächlichen Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten nicht gerecht wurden. (TZ 39)

(2) Zur ärztlichen Ausbildung in den überprüften Krankenanstalten

Im Rahmen der Überprüfung der praktischen Ausgestaltung der Ärzteausbildung in den vier überprüften Krankenanstalten kam der RH zum Ergebnis, dass die im ÄrzteG 1998 normierte dreistufige Ausbildungsverantwortung (Krankenanstaltenträger, Ärztlicher Leiter, Klinik- bzw. Abteilungsleiter) von den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen wurde.

Die Universitätskliniken AKH Wien und LKH Innsbruck stellten dabei einen Sonderfall dar, weil hier die Rollen des Dienstgebers (Med- Uni Wien bzw. MedUni Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers (teilweise) auseinanderfielen und der Träger formal keine Diensthoheit über die funktionstragenden Ärzte innehatte.

Wenngleich bei den überprüften Krankenanstalten bzw. Trägern teilweise bereits entsprechende Bemühungen bzw. Planungen zur Verbesserung der Ausgestaltung der ärztlichen Ausbildung bestanden, kam der RH im Rahmen seiner Überprüfung zusammengefasst zum Ergebnis, dass:

(a) ein durchgängig einheitlich strukturierter, qualitätsgesicherter Ausbildungsprozess für die Turnusärzte während der gesamten mehrjährigen Ausbildungsdauer zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an keiner der überprüften Krankenanstalten bzw. Klinik/Abteilung für Innere Medizin gewährleistet war, weil

- teilweise keine konkreten strategischen Ausbildungsziele der Krankenanstaltenträger für die Ärzteausbildung bestanden (TZ 17),
- Zielvereinbarungen (zwischen Träger, Ärztlichem Leiter und Klinik- bzw. Abteilungsleitern) entweder gänzlich fehlten oder diese überwiegend nicht für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt wurden (TZ 17, 23),
- gar keine bzw. zu wenige Vorgaben der Krankenanstaltenträger für die Ärzteausbildung bestanden (TZ 18),
- trotz der gesetzlich normierten Zuständigkeit des Ärztlichen Leiters entweder eine Verlagerung der gesamten Ausbildungsverantwortung auf die Ausbildungsverantwortlichen vorgesehen war oder die von den Ärztlichen Leitern getroffenen Maßnahmen nicht ausreichten, um die Wahrnehmung ihrer Ausbildungsverantwortung sicherzustellen (TZ 20),

Zusammenfassung

- zur Sicherstellung eines reibungslosen Verlaufs der Ausbildung von Ärzten im organisatorischen Bereich zum Teil Verbesserungspotenzial bestand (TZ 21),
- bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung kaum von der Leitung vorgegebene (umfassende) Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für die Ausbildungsverantwortlichen vorlagen (TZ 23),
- normierte „Ausbildungsassistenten“ bzw. Mentoren nicht ausreichend eingesetzt waren (TZ 24),
- die für eine kontinuierliche Qualitätssteuerung wesentlichen Logbücher teilweise entweder nicht vorhanden waren, qualitativ den Zweck eines Logbuchs nicht ausreichend erfüllten und/oder nicht als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen wurden (TZ 25),
- schriftliche Ausbildungskonzepte als zentrale Instrumente für die Qualitätssicherung in der Ärzteausbildung fehlten oder die vorgelegten Dokumente nicht alle vom RH als zweckmäßig erachteten Inhalte umfassten (TZ 26),
- die Rotationseinteilung der Turnusärzte teilweise von diesen selbst durchgeführt wurde (TZ 28),
- mit Ausnahme des LKH Innsbruck (für TÄ/A) keine schriftlichen Ausbildungspläne erstellt wurden (TZ 28),
- Kooperationsvereinbarungen betreffend Rotationen von Turnusärzten soweit erforderlich nur mündlich vorlagen bzw. anstaltsübergreifende Rotationen nicht etabliert waren (TZ 28),
- die Konsiliarbildung teilweise nicht im erforderlichen Ausmaß durchgeführt wurde und unzureichend dokumentiert war (TZ 28, 38),
- die Administration der Rasterzeugnisse an allen überprüften Krankenanstalten mangelhaft war (z.B. teilweise: keine rechtskonforme bzw. verspätete Ausstellung, kein Vermerk der von der ÄAO vorgeschriebenen Evaluierungsgespräche oder fehlende Archivierung etc.) sowie eine Dokumentation der Evaluierungsgespräche fehlte (TZ 38, 40),

- nicht alle überprüften Krankenanstalten bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Evaluierungen der Ärzteausbildung durchgeführt hatten (TZ 42) und
- auf allen drei Ebenen der Ausbildungsverantwortung (Krankenanstaltenträger, Ärztlicher Leiter, Klinik- bzw. Abteilungsleiter) für die beschriebenen notwendigen Qualitätssicherungs- und Planungsmaßnahmen ausreichende Umsetzungs-, Kontroll- bzw. Evaluierungsmechanismen (mit anschließender Maßnahmensetzung) fehlten (TZ 18, 24, 25, 26, 28, 38, 40).

(b) die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal im Rahmen des so genannten mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs (§ 15 Abs. 5 GuKG) in allen überprüften Krankenanstalten bereits weit vorangeschritten war, jedoch weiterhin Handlungsbedarf bestand, weil:

- die Rahmenvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten teilweise Tätigkeiten enthielten, die nicht zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich gehörten (TZ 31, 33),
- zum Teil die Praxis noch nicht vollständig dem Vereinbarten entsprach bzw. bestimmte mitverantwortliche Tätigkeiten nach wie vor ausschließlich von Ärzten vorgenommen wurden (TZ 32, 34, 35, 36) und
- die im Zusammenhang mit dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich im neuen ÄrzteG normierte Anerkennungsvoraussetzung für Ausbildungsstätten mehrheitlich noch nicht vollständig erfüllt war (TZ 37).

(c) hinsichtlich der Arbeitszeiten die tatsächliche Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste – mit Ausnahme im LKH Innsbruck – nicht dokumentiert wurde, wodurch die Einhaltung der Vorgaben des KA-AZG nicht überwacht- bzw. überprüfbar war (TZ 47),

(d) die Höhe der Turnusärztegehälter in den überprüften Krankenanstalten aufgrund von unterschiedlichen Gehaltsschemen sowie Abgeltungen von verlängerten Diensten intransparent war und nur unter Zuhilfenahme von Annahmen vergleichbar gemacht werden konnte (TZ 49 bis 51) und

(e) die Maßnahmen zur Korruptionsprävention im Zusammenhang mit der ärztlichen Aus- und Fortbildung an keiner der überprüften Krankenanstalten ausreichend waren bzw. der aktuellen Rechtslage

Zusammenfassung

entsprachen sowie überall eine vorgängige umfassende Risikoanalyse fehlte (TZ 52).

(3) Zur Ausbildungskontrolle und zu den Evaluierungen durch die Ärztekammer

Betreffend die hoheitliche Ausbildungskontrolle und die Durchführung von Evaluierungen durch die Ärztekammer stellte der RH fest, dass

(a) bis zur Ärzteausbildung NEU die von der ÖÄK auf Antrag der Rechtsträger der Krankenanstalten per Bescheid erteilten Anerkennungen der Ausbildungsstätten unbefristet galten und verpflichtende Evaluierungen der Ausbildungsstätten nicht vorgesehen waren (TZ 8),

(b) die Ausbildungskommission der ÖÄK die Qualität der Ausbildung von Ärzten in anerkannten Ausbildungsstätten nicht – wie gesetzlich vorgesehen – im Rahmen von Visitationen überprüfte, wodurch seit rund fünf Jahren jegliche hoheitliche Ausbildungskontrolle vor Ort fehlte und eine den aktuellen Rechtsgrundlagen entsprechende Verordnung über die Visitation nicht vorhanden war (TZ 43) und

(c) die konkreten Ergebnisse der für die ÖÄK durchgeführten Evaluierungen der TÄ/A-Ausbildung gegenüber den betroffenen Abteilungen und Krankenanstaltenleitungen bzw. Trägern meist nicht offengelegt wurden, wodurch entsprechende Maßnahmen kaum möglich waren (TZ 44).

Schlussempfehlungen

54 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

BMG

(1) Insbesondere gemeinsam mit dem BMWFW, den Medizinischen Universitäten und der Österreichischen Ärztekammer wäre standardmäßig dafür zu sorgen, dass die Anzahl der abwandernden Absolventen bzw. Turnusärzte sowie die Abwanderungsgründe erhoben und umfassend ausgewertet werden. Für eine Verbesserung der Datenlage wäre verstärkt mit ausländischen ärztlichen Interessenvertretungen (z.B. deutsche Landesärztekammern) zusammenzuarbeiten. (TZ 5, 6)

(2) Gemeinsam mit dem BMWFW, den Medizinischen Universitäten und der Österreichischen Ärztekammer wären regelmäßige Erhebungen zu den Gründen, warum keine postpromotionelle Ausbildung begonnen wurde bzw. zu den „Drop-out-Gründen“ von Turnusärzten durchzuführen, um gegebenenfalls zeitnah die notwendigen (Ausbildungs)Maßnahmen treffen zu können. (TZ 5)

(3) Hinsichtlich der Feststellung des Bedarfs an Ärzten für Allgemeinmedizin wären im Interesse der nachhaltigen Versorgungssicherheit raschestmöglich konkrete Vorgaben zu erlassen und auf die Entwicklung geeigneter Kennzahlen hinzuwirken. (TZ 9)

(4) Unter Berücksichtigung der mit der Ärzteausbildung NEU erfolgten Änderungen wären zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer Musterlogbücher (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln. (TZ 25)

(5) Zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger wären gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer Muster-Ausbildungskonzepte (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln. (TZ 26)

(6) Es wäre darauf hinzuwirken, dass der Ausbildungsplan in den rechtlichen Vorgaben genauer definiert wird. Für zukünftige Anerkennungsverfahren sollte auch das Vorliegen eines Rotationskon-

Schlussempfehlungen

zepts als Anerkennungsvoraussetzung normiert werden, um einen reibungslosen Ablauf der Ausbildung sicherzustellen. (TZ 27)

(7) Bis zur Vornahme einer rechtlichen Definition wäre eine Klärstellung über Inhalt und Umfang des Ausbildungsplans vorzunehmen und den Trägern zur Verfügung zu stellen. Dabei sollte auch auf die Problematik der Limitierung der Ausbildungsstellen eingegangen werden. (TZ 27)

(8) Im Zusammenhang mit der im Zuge der Ärzteausbildung NEU eingeführten standardisierten Ausbildungsstellenverwaltung wäre gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer eine regelmäßige Berichterstattung festzulegen, um u.a. Informationen über die Entwicklung der Ausbildungsdauern zu erhalten, gegebenenfalls zeitgerecht Maßnahmen setzen und die in der Stellungnahme des RH zum Begutachtungsentwurf vorgeschlagene Evaluierung (TZ 3) durchführen zu können. (TZ 29)

(9) Es wäre darauf hinzuwirken, dass im Rahmen der Rasterzeugnisse den Entwicklungen bei den Appendektomien und der Geburtshilfe Rechnung getragen wird und die OP-Kataloge entsprechend aktualisiert werden. Zusätzlich wären auch die Richtzahlen für andere Eingriffe vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklung und dem tatsächlichen Leistungsgeschehen zu evaluieren. (TZ 39)

(10) Das Verhältnis zwischen laut Ärzteausbildungsordnung zu führendem Evaluierungsgespräch und Mitarbeitergespräch wäre klarzustellen. (TZ 40)

(11) Es wäre raschestmöglich auf die Schaffung von Standards und Regeln für Visitationen durch die Österreichische Ärztekammer hinzuwirken, um eine regelmäßige und bundesweit einheitliche Vor-Ort-Kontrolle der Ausbildungsqualität zu gewährleisten. (TZ 43)

(12) Es wäre darauf hinzuwirken, dass der Umgang mit den Auswertungsergebnissen von Evaluierungen der Ärzteausbildung transparenter gestaltet wird. Die Krankenanstaltenträger und die Ärztlichen Leiter sollten über das gesamte Ergebnis verfügen, um gemeinsam mit ihren jeweiligen Abteilungsleitern bzw. Klinikvorständen Verbesserungspotenziale identifizieren und gezielt Maßnahmen setzen zu können. (TZ 44)

(13) Weiters wäre darauf hinzuwirken, dass vermehrt konkrete Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder in die Evaluierungsfragebögen aufgenommen werden. (TZ 44)

(14) Zur Unterstützung der Krankenanstalten(träger) und der (Medizinischen) Universitäten wären gemeinsam mit dem BMWFW und der Österreichischen Ärztekammer – nach einer Identifikation der häufigsten Korruptions-Fallkonstellationen – Vorgaben zur Korruptionsprävention bzw. Good-Practice-Beispiele (z.B. Musterformulare) zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. (TZ 52)

Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, AKH Wien
TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH,
LKH Innsbruck,
Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding,
LK St. Pölten/
Lilienfeld,
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(15) Der Umgang mit den Ausbildungskonzepten in den Kliniken bzw. Abteilungen wäre einheitlich zu regeln sowie die Umsetzung der Vorgaben und die Aktualität der Ausbildungskonzepte regelmäßig zu überprüfen. (TZ 26)

(16) In Abhängigkeit von der „neuen“ Ärzteausbildungsordnung und den sich daraus ergebenden Rotationserfordernissen wären

- die internen Rotationskonzepte gegebenenfalls zu überarbeiten bzw. zu ergänzen,
- erforderlichenfalls anstaltsübergreifende Rotationskonzepte zu entwickeln und schriftliche Kooperationsverträge zu schließen. (TZ 28)

Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund,
Medizinische Universität Wien,
TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH,
Medizinische Universität Innsbruck,
Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding

(17) Der Klarstellung des BMG entsprechend wäre nachdrücklich darauf hinzuwirken, dass die Ausbildungsverantwortlichen die Evaluierungsgespräche regelmäßig und rechtzeitig führen sowie diese auch dokumentieren. (TZ 40)

(18) Weiters wären Ablauf und zu behandelnde Themenbereiche der Evaluierungsgespräche (etwa in Form einer Richtlinie) einheitlich zu regeln. Zur Überprüfung der Einhaltung dieser Vorgaben wären geeignete Umsetzungs- und Kontrollmechanismen festzulegen. (TZ 40)

Schlussempfehlungen

**Stadt Wien, Wiener
Krankenanstalten-
verbund,
TILAK – Tiroler
Landeskranken-
anstalten GmbH,
Land Niederöster-
reich, NÖ Landes-
kliniken-Holding**

(19) Die nunmehr gesetzlich vorgesehenen Ausbildungspläne wären zu erstellen bzw. dafür Zuständigkeiten und Kontrollmechanismen zu definieren. (TZ 28)

(20) Es wären entsprechende Vorkehrungen zu treffen, um die Umsetzung der bestehenden bzw. vom RH empfohlenen zentralen Ausbildungsvorgaben (z.B. TZ 25, 26) durch die Ärztlichen Leiter sowie die Abteilungs- bzw. Klinikleiter im Interesse eines durchgängig einheitlich strukturierten Ausbildungsprozesses sicherstellen zu können. Im Fall des Allgemeines Krankenhauses der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus könnten entsprechende Schritte im Rahmen der ab 2015 geplanten gemeinsamen Betriebsführung mit der Medizinischen Universität Wien gesetzt werden. Hinsichtlich des Landeskrankenhauses – Universitätskliniken Innsbruck könnte damit bspw. die im Rahmen des Zusammenarbeitsvertrags eingerichtete Medizinische Universität Innsbruck –TILAK-Kommission beauftragt werden. (TZ 18)

(21) Die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern wären zur Sicherstellung der Umsetzung der Ausbildungsvorgaben zu nutzen. (TZ 18)

(22) Die vom Ärztlichen Leiter wahrzunehmenden Aufgaben im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung wären ausdrücklich festzulegen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass dem Ärztlichen Leiter in Zukunft bspw. aufgrund vermehrt notwendig werdender Rotationen und höherer Qualitätsvorgaben eine noch größere Bedeutung zukommen könnte. (TZ 19)

(23) Im Zusammenhang mit der nunmehr im novellierten ÄrzteG 1998 verankerten Möglichkeit einer abteilungsübergreifenden Tätigkeit von Turnusärzten außerhalb der Kernausbildungszeit wäre mit organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen, dass der verantwortliche Facharzt bei Bedarf zumindest die Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 auch tatsächlich ohne Verzögerung übernehmen kann. (TZ 41)

**Stadt Wien, Wiener
Krankenanstalten-
verbund,
Medizinische
Universität Wien**

(24) Entsprechend der künftigen konkreten Ausgestaltung der Leitungsstruktur des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus im Rahmen der gemeinsamen Betriebsführung wäre die Ärzteausbildung in Zielvereinbarungen mit der Ärztlichen Leitung vorzusehen. (TZ 17)

AKH Wien, Medizinische Universität Wien, TILAK – Tiroler Landeskrankenhäuser GmbH, LKH Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck, Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding

(25) Nach Durchführung einer umfassenden Korruptionsrisikoanalyse wären die (geplante) Überarbeitung und Ergänzung der Richtlinien/Vorgaben zur Korruptionsprävention im Sinne der geltenden Rechtslage sowie ihre laufende Aktualisierung vorzunehmen; im Interesse der Übersichtlichkeit sollte jeweils ein Gesamtdokument erstellt werden. (TZ 52)

AKH Wien, Medizinische Universität Wien, TILAK – Tiroler Landeskrankenhäuser GmbH, LKH Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck

(26) Im Zusammenhang mit den empfohlenen Korruptionspräventionsmaßnahmen (Schlussempfehlung 25) wäre Folgendes zu regeln:

- Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Genehmigungsprozesses für alle Einladungen an Mitarbeiter, auch an Leitungsorgane (mit und ohne aktiven Beitrag, Feiern und sonstige Veranstaltungen etc.),
- Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Verfahrens über die Abwicklung von Geldflüssen; Verbot von „Umgehungsgeschäften“ (z.B. der Refundierung der Kosten für eine Weihnachtsfeier auf ein Drittmittelkonto),
- klare Definition von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten auf den unterschiedlichen Führungsebenen (bspw. allenfalls unter Festlegung von Wertgrenzen) sowie
- Einrichtung von geeigneten Kontroll- und Informationsmechanismen, um die Einhaltung der Vorgaben sicherzustellen. (TZ 52)

AKH Wien, TILAK – Tiroler Landeskrankenhäuser GmbH, LKH Innsbruck, NÖ Landeskliniken-Holding

(27) Auf Basis der Musterlogbücher des BMG wären Logbücher für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu erstellen bzw. zu überarbeiten. (TZ 25)

Schlussempfehlungen

TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, LKH Innsbruck, Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken–Holding, LK St. Pölten/Lilienfeld, LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(28) Betreffend die Zuständigkeiten des Ausbildungsverantwortlichen wären klare Festlegungen vorzusehen. Diese wären auch in den Zielvereinbarungen zu thematisieren. Grundlage dafür sollten u.a. auch die Evaluierungsergebnisse bzw. der daraus ableitbare Handlungsbedarf (z.B. didaktische oder führungstechnische Fortbildung des Ausbildungsverantwortlichen) sein. (TZ 23)

(29) Es wären regelmäßige Evaluierungen der Ärzteausbildung durchzuführen und ein zweckmäßiger Umsetzungsmechanismus zu etablieren. Dabei wären auch Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder aufzunehmen. (TZ 42)

TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken–Holding

(30) Entsprechend den dafür noch zu erlassenden Vorgaben bzw. zu erstellenden Kennzahlen betreffend den Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin (TZ 9) wäre für eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung zu sorgen. (TZ 11)

TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH

(31) Eine Ausweitung der Zuständigkeiten des Ausbildungszentrums West für Gesundheitsberufe auf zusätzliche Bereiche der Facharztausbildung wäre zu prüfen. (TZ 21)

(32) Die Ärzteausbildung wäre in künftigen Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern zu thematisieren. (TZ 17)

Medizinische Universitäten Wien und Innsbruck, Land Niederösterreich

(33) Die Auslastung bzw. Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste wäre zu erfassen, um die Einhaltung der Vorgaben des Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetzes überwachen bzw. überprüfen zu können. (TZ 47)

Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken–Holding, LK St. Pölten/Lilienfeld, LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(34) Hinsichtlich der Konsiliarbildung wären die rechtlichen Vorgaben der Ärzteausbildung NEU entsprechend umzusetzen. (TZ 38)

Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding

(35) Im Hinblick auf die mit der Ärzteausbildung NEU verbundenen größeren Herausforderungen gerade für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung (z.B. mehr Rotationen aufgrund von mehr Teilerkennungen etc.) wären verstärkte individuelle Unterstützungs-, Koordinations- und Kontrollmaßnahmen zu setzen. (TZ 21)

(36) Etwa unter Heranziehung der bereits vorliegenden Richtlinie des Landesklinikums St. Pölten/Lilienfeld wären in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU Vorgaben für alle niederösterreichischen Krankenanstalten zu erlassen. Darin sollte u.a. geregelt sein, dass Rasterzeugnisse zu archivieren und unverzüglich nach Beendigung des Ausbildungsabschnitts bzw. nach Ablauf eines Ausbildungsjahrs auszustellen sowie das Evaluierungsgespräch zu vermerken waren. (TZ 38)

(37) Für die Konsiliarbildung wären einheitliche Vorgaben (Tätigkeits- und Aufgabenprofil, Administration der Rasterzeugnisse etc.) zu schaffen. (TZ 38)

LKH Innsbruck, NÖ Landeskliniken-Holding

(38) Für die Verpflichtung der Universitätskliniken bzw. Abteilungen, Logbücher zu verwenden, wären zentrale Rahmenvorgaben vorzusehen. Diese Rahmenvorgaben sollten den Umgang mit dem Logbuch (z.B. Unterzeichnung der jeweils absolvierten Ausbildungsteile durch den Auszubildende, Archivierung von Kopien etc.) regeln, die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen enthalten, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen sowie einen geeigneten Kontrollmechanismus durch die Ärztliche Direktion zur Überprüfung der Einhaltung dieser Rahmenvorgaben festlegen. Für den Fall, dass Logbücher für Turnusärzte in Facharztausbildung dezentral entwickelt werden, sollte deren Freigabe durch die Ärztliche Direktion vorgesehen werden. (TZ 25)

AKH Wien, LKH Innsbruck, LK St. Pölten/Lilienfeld, LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(39) Sowohl „Ausbildungsassistenten“ als auch Mentoren wären verstärkt einzusetzen sowie ihre Aufgaben und Zuständigkeiten schriftlich festzulegen bzw. zu aktualisieren. (TZ 24)

(40) Auf Basis der Musterkonzepte des BMG wären die Ausbildungskonzepte für die verschiedenen Ausbildungsphasen (Basisausbildung, allgemeinmedizinische Ausbildung, Sonderfachausbildung (Grund- und Schwerpunktausbildung)) zu erstellen bzw. den Anforderungen der Ärzteausbildung NEU anzupassen. (TZ 26)

Schlussempfehlungen

- (41) Es wäre eine vertiefte – zumindest stichprobenartige – Kontrolle der Rasterzeugnisse, bspw. im Hinblick auf die tatsächliche Erfüllbarkeit der Vorgaben in den Rasterzeugnissen oder die rechtlich vorgegebene Dokumentation der Evaluierungsgespräche, vorzunehmen. (TZ 38)
- AKH Wien,
LKH Innsbruck,
LK St. Pölten/
Lilienfeld,
LK Gmünd/
Waidhofen/Zwettl
(Standort Waidhofen)
- (42) Die mitverantwortliche Durchführung aller ausdrücklich in § 15 Abs. 5 GuKG genannten Tätigkeiten wäre sicherzustellen. (TZ 37)
- AKH Wien,
LK St. Pölten/
Lilienfeld,
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl
(Standorte Gmünd und Waidhofen)
- (43) Mit der Rotationsplanung wären Mitarbeiter zu betrauen, die längerfristig dieser Aufgabe nachkommen können (z.B. einen Oberarzt) und selbst nicht am Rotationssystem teilnehmen. (TZ 28)
- AKH Wien,
LKH Innsbruck
- (44) Im Hinblick auf die in der Ärzteausbildungsordnung vorgesehene jährliche Zeugnisausstellung wäre – auch unter Berücksichtigung etwaiger Änderungen im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung NEU – eine rechtskonforme Vorgehensweise sicherzustellen. (TZ 38)
- AKH Wien, Medizinische Universität Wien,
LKH Innsbruck,
Medizinische Universität Innsbruck
- (45) Im Rahmen der (geplanten) institutionalisierten Zusammenarbeit wären gemeinsam strategische Ziele für die Ärzteausbildung zu erarbeiten. Als weiterer Schritt wären diese auf die operativen Ebenen herunterzubrechen. (TZ 17)

**AKH Wien,
Medizinische
Universität Wien**

(46) Vor der Hintergrund der geplanten gemeinsamen Betriebsführung wären auch gemeinsame organisatorische Maßnahmen zu prüfen, um u.a. die vom RH empfohlenen zentralen Vorgaben (z.B. TZ 25, 26) schaffen bzw. deren Umsetzung sicherstellen und die Turnusärzte in Facharztausbildung dementsprechend stärker unterstützen zu können (etwa im Rahmen der Ausbildungsplanung). (TZ 21)

AKH Wien

(47) Die im Entwurf (TZ 20) angeführten Zuständigkeiten des Ausbildungsverantwortlichen wären gegebenenfalls im Sinne der neuen Ausbildungsbestimmungen zu konkretisieren. Diese wären auch in den Zielvereinbarungen zu thematisieren. Grundlage dafür sollten u.a. auch die Evaluierungsergebnisse bzw. der daraus ableitbare Handlungsbedarf (z.B. didaktische oder führungstechnische Fortbildung des Ausbildungsverantwortlichen) sein. (TZ 23)

(48) Der dem RH im November 2014 vorgelegte Entwurf (TZ 20) wäre um die Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion und die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen, zu ergänzen. (TZ 25)

(49) Die Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich wäre auf die Maßnahmen gemäß § 15 GuKG zu beschränken. (TZ 31)

(50) Da an den Kliniken für Innere Medizin II und III hinsichtlich des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs die Praxis noch nicht vollständig dem Vereinbarten entsprach, wäre die Umsetzung an diesen beiden Kliniken noch stärker voranzutreiben. (TZ 32)

(51) Da in den Vereinbarungen der Kliniken für Innere Medizin II und III für einzelne Tätigkeiten nach wie vor keine mitverantwortliche, sondern eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen war und dies dem vom AKH Wien mit der Rahmenvereinbarung verfolgten Ziel, die mitverantwortlichen Vornahme aller enthaltenen Tätigkeiten schrittweise umzusetzen, widersprach, wäre an den beiden Kliniken auf eine mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten hinzuwirken. (TZ 32)

(52) Die Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse wäre der Ärzteausbildungsordnung entsprechend anzupassen. Weiters wäre das Datum des Evaluierungsgesprächs in den Rasterzeugnissen zu vermerken. (TZ 38)

Schlussempfehlungen

(53) Die geplanten Evaluierungen der Ärzteausbildung wären gemeinsam mit der Medizinischen Universität Wien zügig umzusetzen; dabei wären auch folgende Faktoren wesentlich: Einbeziehung von Ausbildungsverantwortlichen und Turnusärzten in den gesamten Evaluierungsprozess, Transparenz der Ergebnisse gegenüber den Betroffenen sowie Begleitung und Kontrolle des Verbesserungsprozesses z.B. durch das Qualitätsmanagement. Weiters wären auch Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder aufzunehmen. (TZ 42)

LKH Innsbruck

(54) Da mit der Absaugung der oberen Atemwege und der Vitalzeichenkontrolle zwei der in der Muster-Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich vorgesehenen Tätigkeiten dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege zuzuordnen waren bzw. es sich bei vom Pflegepersonal durchzuführenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nicht um diagnostische bzw. therapeutische Tätigkeiten handelte, wäre die Rahmenvereinbarung zu adaptieren. (TZ 33)

(55) An der Universitätsklinik für Innere Medizin IV wäre für eine rasche und umfassende Umsetzung der Vereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu sorgen. (TZ 34)

(56) Da im Gegensatz zur Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich für das Injizieren von intramuskulären Medikationen an allen und für das Setzen von Magensonden an vier von sechs Kliniken nach wie vor eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen war, wäre eine zukünftige mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten zu prüfen. (TZ 34)

(57) Es wäre in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU eine Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse zu erlassen; diese sollte u.a. regeln, dass die Rasterzeugnisse regelmäßig auszustellen und die Evaluierungsgespräche zu vermerken sowie die Rasterzeugnisse zu archivieren sind. (TZ 38)

LK St. Pölten/ Lilienfeld

(58) Bezüglich des Injizierens von intramuskulären und intravenösen Medikationen wäre für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen. (TZ 35)

**LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl
(Standorte Gmünd
und Waidhofen)**

(59) Bezüglich des Legens von Magensonden wäre für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass dies in der Praxis nunmehr auch am Standort Gmünd teilweise erfolgte und am Standort Zwettl laut Vereinbarung schon gängige Praxis war. (TZ 36)

ANHANG

- Anhang 1:** Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG laut Rahmenvereinbarung, AKH Wien
- Anhang 2:** Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG laut Betriebs- bzw. Rahmenvereinbarung, LKH Innsbruck
- Anhang 3:** Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am LK St. Pölten/Lilienfeld
- Anhang 4:** Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am Standort Gmünd
- Anhang 5:** Aufteilung der Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am Standort Waidhofen
- Anhang 6:** Aufteilung der Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am Standort Zwettl
- Anhang 7:** Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens

Anhang 1

Anhang 1: Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG laut Rahmenvereinbarung, AKH Wien		
Aufgaben		Durchführung
1	kapillare Blutabnahme	DP
2	Punktion von Venen zwecks Abnahme von Blut	DP
3	Punktion von Venen zwecks Setzen von peripheren Venenverweilkanülen	DP
4	subkutane Injektionen	DP
5	Anhängen und Wechseln von Infusionslösungen/Injizieren von intravenösen Medikationen/Spülen von Venenzugängen bei liegendem Gefäßzugang	DP
6	Injizieren von intramuskulären Medikationen	DP
7	Setzen von Magensonden	DP
8	Setzen von Dauerkathetern	DP
9	Absaugen der oberen Atemwege	DP
10	Stuhlprovokation durch Darmeinläufe	DP
11	Anstechen von Port-a-Cath	DP
12	Vitalzeichenkontrolle	DP
13	Verabreichung von Arzneimittel (oral, dermal)	DP

DP = diplomiertes Pflegepersonal

Quelle: Rahmenvereinbarung des AKH Wien zur Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse entsprechend § 15 GuKG vom 7. Juni 2013

Anhang 2: Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG laut Betriebs- bzw. Rahmenvereinbarung, LKH Innsbruck

Aufgaben		Durchführung	
1	kapillare Blutabnahme zur Blutzuckerbestimmung	DP	
2	Punktion von Venen zur Abnahme von Blut	DP	
3	Punktion von Venen zum Setzen von peripheren Venenverweilkanülen bzw. Entfernen von Venenverweilkanülen	DP	
4	Verweilkanüle Port-a-Cath-System	Setzen	A
		Entfernen	DP
5	venöse Blutabnahme bei liegenden Gefäßzugängen	DP	
6	subkutane Injektionen	DP	
7	Anhängen und Wechseln von Infusionslösungen ohne Arzneimittelzusatz	A, DP	
8	Anhängen und Wechseln von Infusionslösungen mit Arzneimittelzusatz	A, DP	
9	Injizieren von intravenösen Medikationen laut Liste	A, DP	
10	Injizieren von intramuskulären Medikationen	DP	
11	Spülen von Venenzugängen	DP	
12	Routine Vitalzeichen	DP	
13	Setzen von Magensonden	A, DP	
14	Setzen von Dauerkathetern	A, DP	
15	Absaugen der oberen Atemwege	DP	
16	Stuhlprovokation durch Darmeinläufe	DP	
17	Medikation zur Schmerztherapie nach Verschreibung	DP	
18	Verabreichung von Antibiotika	A, DP	
19	Verabreichung von Medikamenten	DP	
20	Vornahme von freiheitsbeschränkenden und einschränkenden Maßnahmen	A, DP	

A = Arzt

DP = Diplomiertes Pflegepersonal

Quelle: LKH Innsbruck, Vereinbarung zur Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse betreffend die Aufgaben des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs

Anhang 3

Anhang 3: Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am LK St. Pölten/Lilienfeld			
Aufgaben		Durchführung	
1	Verabreichung oraler Arzneimittel und Suppositorien	DP	
2	Vorbereiten von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen	DP	
	Verabreichen von Injektionen	subkutan	DP
		intramuskulär	A
		intravenös	A
3	Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen	DP	
4	Spülen von Venenzugängen und von Port-a-Cath-Systemen	DP	
5	kapillare Blutabnahme	DP	
6	venöse Blutabnahme	A, DP	
7	Legen von peripheren Venenverweilkanülen	A, DP	
8	Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung	A, DP	
9	Durchführen von Darmeinläufen	DP	
10	Legen von Magensonden	A, DP	
11	Entfernen von Sonden und Drainagen, Streifen	A, DP	
12	Entfernen von Nähten und Klammern	DP	
13	EKG	DP	

A = Arzt

DP = Diplomiertes Pflegepersonal

Quelle: LK St. Pölten/Lilienfeld, Richtlinie über ärztliche-pflegerische Zusammenarbeit

Anhang 4: Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am Standort Gmünd			
Aufgaben		Durchführung	
1	Verabreichung von Arzneimitteln	DP	
2	Vorbereiten und Verabreichen von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen	A, DP	
3	Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen	DP	
	Spülen von Venenzugängen	DP	
4	Blutentnahme	aus den Venen	A, DP
		aus den Kapillaren	DP
	Legen von peripheren Venenverweilkanülen	A, DP	
5	Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung	DP	
6	Durchführen von Darmeinläufen	DP	
7	Legen von Magensonden	A	
	Vorbereitung, Assistenz, Spülung, Entfernung	DP	
11	Entfernen von Drainagen und Streifen aus Wunden	A, DP	
12	Entfernen von Nähten und Klammern	DP	

A = Arzt

DP = Diplomiertes Pflegepersonal

Quelle: Standort Gmünd, Richtlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG

Anhang 5

Anhang 5: Aufteilung der Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am Standort Waidhofen		
Aufgaben		Durchführung
1	Blutabnahmen	A, DP
2	Verabreichen von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen und von Infusionen, ausgenommen Blutkonserven	DP
3	EKG	DP
4	Setzen von Blasenkathetern	A, DP
5	Legen von Magensonden	A

A = Arzt

DP = Diplomiertes Pflegepersonal

Quelle: Standort Waidhofen, Richtlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG, NÖ Landeskliniken-Holding

Anhang 6: Aufteilung der Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am Standort Zwettl			
Aufgaben		Durchführung	
1	Verabreichung von Arzneimitteln	DP	
2	Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen	A, DP	
3	Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen	DP	
4	Blutentnahme	aus den Venen	A, DP
		aus den Kapillaren	DP
	Legen von peripheren Venenverweilkanülen	A	
5	Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung	A, DP	
6	Durchführen von Darmeinläufen	DP	
7	Legen von Magensonden	A, DP	
8	EKG	DP	

A = Arzt

DP = diplomiertes Pflegepersonal

Quelle: Standort Zwettl, Vereinbarung zur Umsetzung des § 15 GuKG

**Entscheidungsträger
des überprüften Unternehmens**

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in [Blaudruck](#)

TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH¹

Aufsichtsrat

Vorsitzender **Dr. Dietmar SCHENNACH**
(seit 29. Juli 2009)

Stellvertreter des
Vorsitzenden **Dr. Christoph HUBER**
(seit 29. Juli 2009)

Geschäftsführung

Geschäftsführer **Dr. Herbert WEISSENBÖCK**
(12. Juni 2007 bis 1. Juni 2012)

Mag. Andreas STEINER
(1. Februar 2008 bis 1. Juni 2012)

Mag. Stefan DEFLORIAN
(seit 1. Juni 2012)

Prokuristen **Dr. Wolfgang BUCHBERGER**
(seit 1. Juni 2006)

Mag. Dr. Markus SCHWAB
(seit 1. Oktober 2009)

¹ ab 24. Juni 2015 Tirol Kliniken GmbH