



Rechnungshof
Österreich

Unabhängig und objektiv für Sie.

Bericht des Rechnungshofes

Psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol

III–209 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP

Reihe BUND 2018/57

Reihe KÄRNTEN 2018/7

Reihe TIROL 2018/7



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes–Verfassungsgesetz und den Landtagen der Länder Kärnten und Tirol gemäß Art. 127 Abs. 6 Bundes–Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

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

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

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes „<http://www.rechnungshof.gv.at>“ verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber: Rechnungshof
1031 Wien,
Dampfschiffstraße 2
<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik: Rechnungshof
Herausgegeben: Wien, im November 2018

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8876
Fax (+43 1) 712 94 25
E-Mail presse@rechnungshof.gv.at

[facebook/RechnungshofAT](https://www.facebook.com/RechnungshofAT)
Twitter: @RHSprecher

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Kurzfassung	7
Kenndaten	12
Prüfungsablauf und –gegenstand	13
Überblick	15
Allgemeines	15
Datenlage	16
Psychiatrische und psychosoziale Versorgungslandschaft in Kärnten und Tirol	19
Strategien und Planungen	20
Überblick	20
Bund	22
Kärnten und Tirol	24
Regionaler Strukturplan Gesundheit und Landeskrankenanstaltenplan	28
Psychiatrische Versorgung in den überprüften Krankenanstalten	44
Organisation und Angebot der Psychiatrien	44
Leistungskennzahlen	48
Personalausstattung	62
Abrechnung der Leistungen gemäß dem LKF-Modell	64
Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz	78
Entlassung aus der Krankenanstalt	85

Bericht des Rechnungshofes

Psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol



Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen für psychisch Kranke _____	90
Bauliche und personelle Rahmenbedingungen – Einzelfeststellungen ____	95
Facharztausbildung _____	102
Schlussempfehlungen _____	107
Anhang: Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger _____	115

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Wesentliche Strategie- und Planungsdokumente für die psychiatrische Versorgung (in Krankenanstalten) _____	21
Tabelle 2:	Umsetzungsstand Kärntner Landes-Krankenanstaltenplan im Jahr 2016 _____	33
Tabelle 3:	Umsetzungsstand Tiroler Krankenanstaltenplan (Planungshorizont 2018) im Jahr 2016 _____	37
Tabelle 4:	Bettenanzahl und Bettenmessziffer laut ÖSG im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich _____	42
Tabelle 5:	Aufbau und Organisation der überprüften psychiatrischen Abteilungen bzw. Universitätskliniken _____	44
Tabelle 6:	Kosten, LKF-Punkte sowie stationäre Patientinnen und Patienten, 2013 und 2016 _____	49
Tabelle 7:	Auslastung und Verweildauer – Erwachsenenpsychiatrie _____	51
Tabelle 8:	Auslastung und Verweildauer – Kinder- und Jugendpsychiatrie _____	56
Tabelle 9:	Sechs häufige Hauptdiagnosegruppen in der Erwachsenenpsychiatrie – Verweildauer im Jahr 2016 _____	58
Tabelle 10:	Bettenanzahl und Personalausstattung (als Jahresdurchschnitt) der psychiatrischen Abteilungen bzw. Universitätskliniken 2016 _____	62
Tabelle 11:	Empfohlene Personalausstattung Behandlungsform A _____	74
Tabelle 12:	Organisation des Entlassungsmanagements in den überprüften Psychiatrien _____	86

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Versorgungslandschaft für psychisch kranke Menschen in Kärnten und Tirol – Überblick _____	19
Abbildung 2:	Anzahl an Psychiaterinnen und Psychiatern pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in OECD-Ländern – 2016 (bzw. letztverfügbares Jahr) _____	103

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMZ	Bettenmessziffer
bspw.	beispielsweise
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.
bzw.	beziehungsweise
DIAG	Dokumentations– und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
exkl.	exklusive
(f)f.	folgend(e) (Seite, Seiten)
G(es)mbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GZ	Geschäftszahl
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
KABEG	Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.
KH	Krankenhaus
K–KAO	Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999, LGBl. Nr. 26/1999 i.d.g.F.
Klinikum Klagenfurt	Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
LGBl.	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LKH Innsbruck	Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck

m	Meter
max.	maximal(er)
min.	minimal(er)
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
Nr.	Nummer
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
Tir KAG	Tiroler Krankenanstaltengesetz, LGBl. Nr. 5/1958 i.d.g.F.
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WHO	World Health Organization
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Land Kärnten

Land Tirol

Psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol

Kurzfassung

Prüfungsablauf und –gegenstand

Der RH überprüfte von Jänner bis März 2017 die psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol; in Kärnten im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee (**Klinikum Klagenfurt**) und im Landeskrankenhaus Villach (**LKH Villach**) sowie in Tirol im Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck (**LKH Innsbruck**) und im Landeskrankenhaus Hall in Tirol (**LKH Hall**). (TZ 1)

Ziele der Gebarungsüberprüfung waren die Analyse der strategischen Planungen und Vorgaben für die psychiatrische Versorgung in Kärnten und Tirol, die Darstellung der Versorgungslandschaft für psychisch kranke Menschen in diesen beiden Ländern, die Beurteilung der aufbau- und ablauforganisatorischen sowie der personellen Rahmenbedingungen in den überprüften psychiatrischen Organisationseinheiten und deren externe Zusammenarbeit. Die Gebarungsüberprüfung umfasste sowohl die Erwachsenenpsychiatrie als auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Nicht Gegenstand dieser Gebarungsüberprüfung war die Versorgung psychisch kranker Menschen außerhalb der Krankenanstalten. Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2013 bis 2016. (TZ 1)

Die Angelegenheiten der Gesundheit waren bis 7. Jänner 2018 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen angesiedelt. Mit Inkrafttreten der BMG-Novelle 2017 ressortieren diese Angelegenheiten zum Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Der RH überprüfte daher das Bundes-

ministerium für Gesundheit und Frauen, der Adressat der Empfehlungen ist jedoch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (beide kurz: **Ministerium**). (TZ 1)

Überblick

Rund ein Drittel der Bevölkerung in Europa war laut WHO von psychischen Störungen, hauptsächlich von Depressionen und Angstzuständen, betroffen. Bei österreichischen Kindern und Jugendlichen ging eine Studie aus 2017 von fast einem Viertel aktuell Betroffener aus. Durch psychische Erkrankungen bedingte Krankenstände zeigten eine stark steigende Tendenz und hatten auch enorme volkswirtschaftliche Auswirkungen. Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es kaum aktuelle gesicherte Daten über den psychischen Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung, wodurch bislang wesentliche Planungsdaten für diesen Bereich fehlten. (TZ 2, TZ 3)

Krankenanstalten waren in Österreich mit insgesamt rd. 4.000 Betten für Erwachsene und rd. 390 Betten für Kinder und Jugendliche in psychiatrischen Abteilungen bzw. Universitätskliniken ein Teilbereich der Versorgungslandschaft für psychisch kranke Menschen; außerhalb von Krankenanstalten gehörten dazu noch der niedergelassene Bereich (Allgemeinmedizin, psychiatrische Fachärztinnen und –ärzte etc.) und komplementär das psychosoziale Angebot (Tagesstrukturen, betreutes Wohnen, Beratung etc.) und Selbsthilfegruppen. (TZ 2, TZ 4)

Strategien und Planungen

Wesentliche Psychiatrieplanungen (für Krankenanstalten) auf Ebene des Bundes und der Länder Kärnten und Tirol begannen vor allem in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren insbesondere der Österreichische Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) 2012 sowie die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (**RSG**) für Kärnten und Tirol bzw. die Landes–Krankenanstaltenpläne (Verordnungen) planungsrelevant. (TZ 5, TZ 6, TZ 8, TZ 9)

Der neue ÖSG wurde erst im Juli 2017 veröffentlicht, obwohl im Überprüfungszeitraum grundsätzlich alle zwei Jahre eine Revision vorgesehen war. In Tirol fehlte ein RSG für den stationären Bereich. Weder in Kärnten noch in Tirol war es möglich, die Übereinstimmung der behördlich genehmigten Betten mit den Landes–Krankenanstaltenplänen und damit den diesbezüglichen Umsetzungsstand zu überprüfen; entweder fehlten die Bescheide oder die Zuordnung zu den unterschiedlichen Fachbereichen war daraus nicht erkennbar. Trotz der großen sektorenübergreifenden Herausforderungen bei der Versorgung psychisch kranker Menschen sahen weder der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2013 – 2016 noch der Kärntner Landes–

Zielsteuerungsvertrag 2013 – 2016 entsprechende Ziele und Maßnahmen vor; in Tirol wurden die für 2013 bis 2016 diesbezüglich festgelegten Zielsteuerungs-Vorhaben bisher nicht in Form von Konzepten umgesetzt. (TZ 5 bis TZ 9, TZ 11, TZ 12)

Die Versorgungsgrundsätze bei psychischen Erkrankungen blieben über die Jahre im Wesentlichen unverändert; Ziele waren u.a. Dezentralisierung und Regionalisierung, eine Stärkung der ambulanten Versorgung, ein Vorrang der tagesklinischen vor der vollstationären Betreuung oder die Vernetzung der Versorgungsbereiche. Zwar wurden in Kärnten und Tirol in Umsetzung der Planungen eine Reihe von Maßnahmen gesetzt, jedoch waren noch wesentliche Vorhaben offen; im Bereich der Krankenanstalten waren in Kärnten etwa der Neubau der Psychiatrien in Klagenfurt und Villach und die damit verbundenen Bettenverschiebungen noch nicht erfolgt, in Tirol bspw. die geplante stationäre Versorgung für Erwachsene teilweise noch nicht umgesetzt und die Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Hall noch nicht realisiert. (TZ 6, TZ 8, TZ 11, TZ 12, TZ 36, TZ 37, TZ 38)

Vor allem in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen Kärnten und Tirol, wo die im ÖSG vorgesehene Bettenmessziffer erheblich unterschritten wurde und durch den Neubau der Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Hall zwar eine Erhöhung der Bettenzahl vorgesehen, jedoch die Erreichung der Bettenmessziffer weiterhin nicht zu erwarten war. Mit dem Neubau im LKH Hall war eine Reduktion des universitären Standorts für Kinder- und Jugendpsychiatrie am LKH Innsbruck auf eine reine Tagesklinik verbunden. (TZ 10, TZ 13, TZ 38)

Psychiatrische Versorgung in den überprüften Krankenanstalten

Im Klinikum Klagenfurt überprüfte der RH die Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie, im LKH Villach die Abteilung für Psychiatrie, im LKH Innsbruck die in einem Department zusammengefassten Universitätskliniken für Psychiatrie I und II, für Medizinische Psychologie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie im LKH Hall die Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie A und B. (TZ 1)

Die Zahl der in diesen Krankenanstalten jeweils insgesamt verfügbaren psychiatrischen Betten bewegte sich zwischen 53 (LKH Villach) und 237 (LKH Hall). Die überprüften Organisationseinheiten unterschieden sich sowohl hinsichtlich Größe als auch bei Angebot und Schwerpunktsetzungen teilweise deutlich. Neben einer stationären Struktur (ausgenommen die Universitätsklinik für Medizinische Psychologie) verfügten alle überprüften Organisationseinheiten über Ambulanzen; teilweise bestanden auch Tageskliniken. (TZ 14)

Die Vergleiche zwischen den überprüften Abteilungen bzw. Universitätskliniken und mit dem jeweiligen Österreichdurchschnitt zeigten teilweise deutliche Unterschiede. Dies betraf etwa die durchschnittliche Auslastung, die 2016 an der Universitätsklinik für Psychiatrie I im LKH Innsbruck mit rd. 73 % am geringsten war und im LKH Villach sowie im LKH Hall bei bis zu rd. 93 % lag. (TZ 18)

Unterschiede zeigten sich auch bei der – jeweils bezogen auf eine gesamte Abteilung – durchschnittlichen Verweildauer, insgesamt und bezogen auf sechs häufige Diagnosegruppen¹ in der Erwachsenenpsychiatrie. So lag im Klinikum Klagenfurt und in der Universitätsklinik für Psychiatrie II im LKH Innsbruck die Verweildauer in der Erwachsenenpsychiatrie im Jahr 2016 bei allen überprüften Diagnosen teilweise deutlich über dem Österreichschnitt, im LKH Villach und in der Universitätsklinik für Psychiatrie I im LKH Innsbruck hingegen unterschritt diese – mit jeweils einer Ausnahme – den Österreichschnitt, zum Teil sogar deutlich. (TZ 18, TZ 20)

Das Modell der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (**LKF-Modell**) sah für psychiatrische Organisationseinheiten eine – teilweise verbindliche – Mindestpersonalausstattung vor; Nachweise für die Überprüfung der Einhaltung dieser abrechnungsrelevanten und qualitätssichernden Vorgaben durch die Landesgesundheitsfonds konnten dem RH nicht vorgelegt werden. Darüber hinaus führten etwa im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Formulierungen der verbindlichen Vorgaben des LKF-Modells teilweise zu unterschiedlichen Interpretationen hinsichtlich der erforderlichen Ausgestaltung des multiprofessionellen Teams. (TZ 22, TZ 23, TZ 24, TZ 25, TZ 26, TZ 27)

In allen überprüften Krankenanstalten wurden auch Personen nach dem Unterbringungsgesetz untergebracht, das heißt unter bestimmten, gesetzlich festgelegten Voraussetzungen in einem geschlossenen Bereich angehalten oder sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen. Das LKH Villach erfüllte – im Unterschied zu den anderen überprüften Krankenanstalten – seinen Versorgungsauftrag für die Versorgungsregion Kärnten West im Bereich der Unterbringung aufgrund mangelnder personeller und räumlicher Kapazitäten seit Jahren nur unzureichend, z.B. zu lediglich 26 % im Jahr 2016. Der seit Jahren immer wieder verschobene Neubau der Psychiatrie im LKH Villach sollte erst 2021 in Betrieb gehen. Anders als im Klinikum Klagenfurt mussten im LKH Innsbruck – aufgrund fehlender Kapazitäten – Kinder und Jugendliche jahrelang auf der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht werden (2016: 150 Fälle), wo eine altersadäquate Betreuung nicht gegeben war. Der Neubau im LKH Hall sollte dieses Problem ab Ende 2017 lösen. (TZ 28, TZ 29, TZ 30, TZ 31, TZ 37)

¹ affektive Psychosen (z.B. Depressionen, Manien, bipolare Störungen), akute exogene Reaktionstypen/psychogene Reaktion, schizophrene Psychosen, Alkoholismus, Neurosen/Persönlichkeitsstörungen/Esstörungen, Demenzen

Obwohl die neue Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Hall bereits Ende 2017 in Betrieb gehen sollte, waren im August 2017 wesentliche Personalfragen noch nicht geklärt. (TZ 38)

Für den gerade im psychiatrischen Bereich für die Sicherstellung der optimalen Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten wesentlichen Entlassungsprozess bestanden in den überprüften Krankenanstalten nur teilweise spezielle Vorgaben und konkret nachvollziehbare Informationen über die Betreuungsplätze außerhalb der Krankenanstalten. Zwischen den überprüften Krankenanstalten und den außerstationären Versorgungsbereichen bestanden zum Teil personelle Verflechtungen. So waren sowohl in Kärnten als auch in Tirol bspw. Ärztinnen und Ärzte der überprüften Abteilungen (auch) in leitenden Funktionen von psychosozialen Einrichtungen tätig. Teilweise fehlten Nebenbeschäftigungsmeldungen bzw. waren sie unvollständig oder nicht aktuell. (TZ 32, TZ 33, TZ 34, TZ 35)

Empfehlungen

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

- Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sowie die Länder Kärnten und Tirol sollten die Datenlage über den psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern und den künftigen Bedarf an (auch kinder- und jugend)psychiatrischen Fachärztinnen und –ärzten als Grundlage für weitere Maßnahmen ermitteln, um eine bedarfsgerechte Versorgung für psychisch kranke Menschen sicherstellen zu können.
- Die Länder Kärnten und Tirol sollten die RSG für den stationären Bereich in Abstimmung mit dem ÖSG 2017 er- bzw. überarbeiten und auf Basis der verbindlich gemachten Krankenanstaltenplanung die Systemisierung der Betten durchführen.
- Die Gesundheitsfonds Kärnten und Tirol sollten die Einhaltung der im LKF-Modell vorgesehenen Vorgaben und Empfehlungen für psychiatrische Organisationseinheiten regelmäßig überprüfen. Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sollte zuvor die Vorgaben des LKF-Modells klarstellen.
- Die überprüften Krankenanstalten sowie die Länder Kärnten und Tirol sollten Maßnahmen im Hinblick auf die teilweise hohe Auslastung entwickeln, die Ursachen für die über- bzw. unterdurchschnittlichen Verweildauern ermitteln und auf Basis der Ergebnisse gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen setzen und das Entlassungsmanagement optimieren. (TZ 40)

Kenndaten

Psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol	
überprüfte Krankenanstalten	Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Landeskrankenhaus Villach, Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck Landeskrankenhaus Hall in Tirol
Rechtsträger der Krankenanstalten	Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG, Tirol Kliniken GmbH
Rechtsgrundlagen	
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 12 Abs. 1 Z 1 Bundesverfassungsgesetz (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.
Landesrecht	Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 (K–KAO), LGBl. Nr. 26/1999 i.d.g.F., Tiroler Krankenanstaltengesetz (Tir KAG), LGBl. Nr. 5/1958 i.d.g.F.

Leistungsdaten 2016 der psychiatrischen Abteilungen/Universitätskliniken	Klinikum Klagenfurt ¹	LKH Villach ²	LKH Innsbruck ³	LKH Hall ⁴
	Anzahl			
tatsächliche Betten ⁵	194	53	140	219
Belagstage	57.415	18.105	38.242	70.082
stationäre Patientinnen und Patienten	4.256	1.808	2.727	4.323
<i>davon</i>				
<i>tagesklinische Patientinnen und Patienten</i>	728	–	206	447
ambulante Patientinnen und Patienten	4.329	1.482	17.920	5.107
	in %			
durchschnittliche Auslastung	80,9	93,3	74,6	87,4
	Anzahl			
durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	16,3	10,0	15,2	18,1

¹ Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters

² Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin

³ Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

⁴ Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie A und B

⁵ entspricht den tatsächlich aufgestellten Betten (= Betten, die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren). Bettenschließungen und –sperrungen wurden berücksichtigt. Tagesklinische Behandlungsplätze wurden nicht eingerechnet.

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von Jänner bis März 2017 die psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol; in Kärnten im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee (**Klinikum Klagenfurt**) und im Landeskrankenhaus Villach (**LKH Villach**), deren Rechtsträgerin die Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG (**KABEG**) war; in Tirol im Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck (**LKH Innsbruck**) und im Landeskrankenhaus Hall in Tirol (**LKH Hall**), die zur Tirol Kliniken GmbH gehörten.

Im Klinikum Klagenfurt überprüfte der RH die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie und die Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes– und Jugendalters (**Abteilung für Kinder– und Jugendpsychiatrie**), im LKH Villach die Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin (**Abteilung für Psychiatrie**), im LKH Innsbruck die in einem Department² zusammengefassten Universitätskliniken für Psychiatrie I, für Psychiatrie II, für Medizinische Psychologie und für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes– und Jugendalter (**Universitätsklinik für Kinder– und Jugendpsychiatrie**) sowie im LKH Hall die Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie A und B.

(2) Ziele der Gebarungsüberprüfung waren die Analyse der strategischen Planungen und Vorgaben für die psychiatrische Versorgung in Kärnten und Tirol, die Darstellung der Versorgungslandschaft für psychisch kranke Menschen in diesen beiden Ländern, die Beurteilung der aufbau– und ablauforganisatorischen sowie der personellen Rahmenbedingungen in den überprüften psychiatrischen Organisationseinheiten der vier Krankenanstalten und deren externe Zusammenarbeit. Die Gebarungsüberprüfung umfasste sowohl die Erwachsenenpsychiatrie als auch die Kinder– und Jugendpsychiatrie.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2013 bis 2016.

(3) Nicht Gegenstand dieser Gebarungsüberprüfung war die Versorgung psychisch kranker Menschen außerhalb der Krankenanstalten. In diesem Zusammenhang verwies der RH auf zwei zur Zeit der Gebarungsüberprüfung – schwerpunktmäßig in Salzburg und der Steiermark – laufende Gebarungsüberprüfungen. Ziel der Gebarungsüberprüfung „Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung“ war die Beurteilung der gesundheitspolitischen Steuerung und der Versorgung durch die Gebietskrankenkassen und die Pensionsversicherungsanstalt angesichts steigender Folgekosten (insbesondere durch Invalidität). Die Gebarungsüberprüfung „Psychosoziale Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark“ befasste sich insbesondere mit den ergänzenden (komplementären) Versorgungsangebo-

² Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

ten, die auf die sozialen Aspekte im Bereich psychischer Gesundheit und Krankheit ausgerichtet waren, wie bspw. niederschwellige Beratung und Betreuung in gemeindenahen Anlaufstellen oder betreutes Wohnen.

(4) Die Angelegenheiten der Gesundheit waren bis 7. Jänner 2018 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen angesiedelt. Mit Inkrafttreten der BMG–Novelle 2017³ ressortieren diese Angelegenheiten zum Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Der RH überprüfte daher das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, der Adressat der Empfehlungen ist jedoch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (beide kurz: **Ministerium**).

(5) Zu dem im Februar 2018 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die KABEG im März 2018, der Kärntner Gesundheitsfonds und die Tirol Kliniken GmbH im April 2018 sowie das Ministerium und die Länder Kärnten und Tirol im Mai 2018 Stellung. Der Tiroler Gesundheitsfonds übermittelte keine eigene Stellungnahme; diese floss in die Stellungnahme des Landes Tirol ein. Der RH erstattete seine Gegenüberungen im Oktober 2018.

(6) Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH sei grundsätzlich nicht klar, wieso im vorliegenden Bericht die intramurale Versorgung in den Ländern Kärnten und Tirol ohne gleichzeitige Gegenüberstellung auch des extramuralen Versorgungsangebots in diesen beiden Ländern überprüft worden sei. Der RH weise auf die Psychiatrie bezogen selbst darauf hin, dass die Krankenanstaltenplanung in engem Zusammenhang mit dem Angebot außerhalb der Krankenanstalten stehe. Trotzdem habe der RH die intramurale und die extramurale Versorgung nicht in denselben Ländern überprüft, was die Aussagekraft der Berichte angesichts der großen Abhängigkeiten speziell im ambulanten und tagesklinischen Bereich stark relativiere.

Ebenfalls unklar sei, warum der universitäre Standort Innsbruck nicht mit dem universitären Standort Graz, sondern mit dem nichtuniversitären Standort Klagenfurt verglichen worden sei. Viele Unterschiede seien nämlich nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen, dass die Abteilungen nicht nur in der Krankenversorgung, sondern auch in Unterricht und Lehre (Doppelfunktion) tätig seien. Die Struktur der Universitätskliniken gehe in erster Linie auf die Wünsche der Universität zurück und bedürfe der Genehmigung des Ministeriums.

(7) Der RH stellte gegenüber der Tirol Kliniken GmbH klar, dass die Auswahl der Länder Steiermark und Salzburg für die Überprüfung der psychosozialen Angebote u.a. mit der historisch unterschiedlichen Entwicklung dieser Strukturen in den beiden Ländern zusammenhing. Hinsichtlich der Gebarungsüberprüfung „Versorgung

³ BGBl. I Nr. 164/2017 vom 28. Dezember 2017, in Kraft getreten am 8. Jänner 2018

psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung“ waren für diese Länderauswahl große Unterschiede bei den verfügbaren Statistiken zur Versorgung (z.B. hinsichtlich der Ausgaben für Psychotherapie oder hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung und der Heilmittelausgaben pro Kopf) mitentscheidend.

Die Auffassung der Tirol Kliniken GmbH hinsichtlich der Aussagekraft des Berichts war für den RH nicht nachvollziehbar. Zum einen bezog der RH in seine Feststellungen bzw. Empfehlungen Zusammenhänge zwischen der Versorgung psychisch Kranker innerhalb und außerhalb der Krankenanstalten mit ein bzw. richtete er seine Empfehlungen gerade auch danach aus (so etwa in den Bereichen Zielsteuerung, Planung, Entlassungsmanagement etc.).

Zum anderen überprüfte der RH eine Vielzahl von Themenbereichen, welche die überprüften Krankenanstalten unmittelbar – also unabhängig von der Ausgestaltung der Versorgung psychisch kranker Menschen außerhalb der Krankenanstalten – betrafen, und sprach diesbezügliche Empfehlungen aus. Dabei handelte es sich bspw. um die Themenbereiche Krankenanstaltenrecht, Strukturqualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit, Aufbauorganisation, Personal, Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz, bauliche Situation, Facharztausbildung etc.

Darüber hinaus befasste sich der RH überwiegend mit dem stationären Bereich der überprüften Krankenanstalten und nur ergänzend mit deren ambulanten und tagesklinischen Strukturen.

Weiters entgegnete der RH der Tirol Kliniken GmbH, dass sich seine Überprüfung auf die psychiatrische Versorgung in vier Krankenanstalten in zwei Ländern bezog. Ein ausschließlicher, unmittelbarer Vergleich zwischen dem LKH Innsbruck und dem Klinikum Klagenfurt war daher nicht Ziel der Gebarungsüberprüfung.

Überblick

Allgemeines

2

Rund ein Drittel der Bevölkerung in Europa war laut WHO von psychischen Störungen, hauptsächlich von Depressionen und Angstzuständen, betroffen. Bei österreichischen Kindern und Jugendlichen ging eine Studie aus 2017 von fast einem Viertel aktuell Betroffener aus.⁴ Durch psychische Erkrankungen bedingte Krankenstände zeigten in Österreich wie auch international eine stark steigende Tendenz. Bis zum

⁴ *Wagner, Zeiler, Waldherr, Philipp, Truttmann, Dür, Treasure, Karwautz, Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria, European Child & Adolescent Psychiatry, 2017, S. 1 – 17; betrifft Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren*

Jahr 2030 wurde erwartet, dass sich die durch psychische Erkrankungen entstehenden Kosten weltweit mehr als verdoppeln – im Vergleich zu anderen nicht infektiösen Erkrankungen war zu erwarten, dass die höchsten Kosten durch psychische Erkrankungen verursacht werden.

Eine adäquate Versorgung psychisch kranker Menschen bzw. diesbezügliche Versorgungsdefizite hatten auch eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung.⁵

Krankenanstalten waren ein Teilbereich der Versorgungslandschaft für psychisch kranke Menschen (TZ 4). In den österreichischen fondsfinanzierten⁶ Krankenanstalten gab es 2016 in psychiatrischen Abteilungen bzw. Universitätskliniken rd. 4.000 Betten für Erwachsene (nach einer deutlichen Reduktion seit 1985, ab 2000 relativ stabil), für Kinder und Jugendliche rd. 390 Betten (seit 2000: +86 %).

Die Krankenhaushäufigkeit in Österreich lag bei psychischen Erkrankungen deutlich über dem europäischen Durchschnitt. Rund 81 % der psychiatrischen Patientinnen und Patienten waren zwischen 20 und 64 Jahre alt, rd. 4 % kamen aus der Altersgruppe bis 19 Jahre und rd. 15 % aus der Altersgruppe ab 65 Jahren.

Im Bereich der fondsfinanzierten Krankenanstalten betrug die Kosten für die psychiatrische Versorgung 2016 rd. 720 Mio. EUR bzw. rd. 5 % der Gesamtkosten von 13,3 Mrd. EUR (Anteil seit über 20 Jahren stabil). Pro Einwohnerin bzw. Einwohner waren dies 2016 im Österreichschnitt rd. 80 EUR.

Die Zahl der psychiatrischen Fachärztinnen und –ärzte lag in Österreich unter dem OECD–Schnitt und etwa deutlich unter den Werten von Deutschland, dem Norden Europas oder der Schweiz (TZ 39).

Datenlage

3.1 (1) Bis zur Zeit der Gebarungüberprüfung gab es kaum gesicherte aktuelle und genderdisaggregierte Daten zum psychischen Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung. Die verfügbaren Analysen umfassten im Wesentlichen nur diejenigen Personen, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert und behandelt wurde, darüber hinaus wurden internationale Daten herangezogen.

⁵ *Integrated Consulting Group, Seelische Gesundheit in Österreich, (2012); OECD, Mental Health and Work: Austria, 2015.*

⁶ Krankenanstalten, die über die Landesgesundheitsfonds nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung finanziert werden; der Fonds wird aus Mitteln des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Sozialversicherung gespeist.

Dies, obwohl etwa die Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit⁷ (TZ 5, Tabelle 1) erstmals 2009 und dann konkreter 2013 (zweite Auflage) eine repräsentative Erhebung zur Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) psychischer Störungen und psychischer Gesundheit in Österreich als Ziel definiert hatte, um auch Informationen über einzelne Krankheitsbilder und die Deckung des Versorgungsbedarfs zu erhalten. Als weiteres Ziel nannte die Strategie 2013 mehr Studien zur Versorgung in Hinblick auf Modelle, Qualität und Effizienz.

Laut Ministerium sei zwar seit 2007 eine Grundlagenstudie über die anzuwendenden Forschungsinstrumente vorgelegen; die eigentliche epidemiologische Studie sei jedoch aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen nicht beauftragt worden. Dies, obwohl das Ministerium Daten zur Prävalenz psychischer Störungen und psychischer Gesundheit für eine adäquate Planung der Versorgung psychisch Kranker in Österreich als erforderlich erachtete.

(2) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung arbeitete die Medizinische Universität Wien an einer drittmittelfinanzierten Studie zur psychischen Gesundheit in Österreich; die Vorlage der Ergebnisse war für 2017 geplant.⁸

3.2

Der RH kritisierte, dass es bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung kaum aktuelle, gesicherte Daten über den psychischen Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung gab, wodurch bislang wesentliche Planungsdaten für diesen Bereich fehlten. Dies, obwohl das Ministerium selbst solche Daten für eine adäquate Versorgungsplanung psychisch Kranker als erforderlich erachtete und die Grundlagen bereits seit zehn Jahren vorlagen; die Argumentation fehlender Ressourcen war im Hinblick auf die hohe Bedeutung einer validen Datenlage für den RH nicht nachvollziehbar.

Der RH hielt fest, dass nunmehr die Medizinische Universität Wien eine entsprechende Studie durchführte.

⁷ Der vom Ministerium eingerichtete Beirat für Psychische Gesundheit erstellte 2009 eine Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit und überarbeitete diese 2013; die aktuelle Fassung enthielt Empfehlungen zu zehn strategischen Zielen; u.a. wurde eine gemeindenahе, integrierte, sektorenübergreifende und vernetzte Versorgung als notwendig erachtet.

⁸ Im Mai 2017 wurde eine ebenfalls von der Medizinischen Universität Wien durchgeführte und auf gleiche Weise (drittmittel)finanzierte epidemiologische Studie betreffend Kinder und Jugendliche veröffentlicht. Weiters beauftragte das Ministerium z.B. 2017 die Gesundheit Österreich GmbH mit der Erstellung eines Epidemiologieberichts zum Thema Depression.

Der RH empfahl dem Ministerium sowie den Ländern Kärnten und Tirol, die Eignung der im Rahmen der Studie erhobenen Daten für die weiteren Planungen und Maßnahmen im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen zu prüfen und, falls erforderlich, ergänzende Untersuchungen durchführen zu lassen, um eine bedarfsgerechte Versorgung in diesem Bereich sicherstellen zu können.

3.3

(1) Laut Stellungnahme des Ministeriums sei dem Vorliegen epidemiologischer Daten zur psychischen Gesundheit in Österreich aus fachlicher Sicht immer große Bedeutung zugemessen worden.

Die erforderlichen Budgetmittel für eine repräsentative Erhebung zur Prävalenz psychischer Störungen seien aufgrund interner Budgetrestriktionen nicht bereitgestellt worden. Eine solche Studie hätte erst durch Drittmittel finanziert werden können. Die Ergebnisse dieser Studie seien noch nicht im Gesamten publiziert. Die Daten würden aber jedenfalls eine bedeutende Grundlage für weitere Planungsarbeiten im Bereich der psychischen Gesundheit darstellen. Weiters verwies das Ministerium auf den Depressionsbericht Österreich sowie den Gender-Gesundheitsbericht, Modul „Psychische Gesundheit anhand von Depression und Suizid“, die beide demnächst publiziert würden.

(2) Das Land Kärnten nahm die Empfehlung des RH zustimmend zur Kenntnis. Federführend sollten hierbei das Ministerium bzw. die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) sein.

(3) Laut Stellungnahme des Landes Tirol würden seitens des Ministeriums zur Verfügung gestellte aktualisierte Daten künftigen Planungsüberlegungen auf Landesebene, insbesondere im Rahmen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (**RSG**), zugrunde gelegt werden.

3.4

Der RH wies gegenüber dem Ministerium sowie den Ländern Kärnten und Tirol darauf hin, dass seine Empfehlung u.a. darauf gerichtet war, die Eignung der im Rahmen der Studie der Medizinischen Universität Wien zur psychischen Gesundheit in Österreich erhobenen Daten für die weiteren Planungen und Maßnahmen im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen zu prüfen. Dies vor allem deshalb, weil diese Studie durch Dritte und nicht vom Ministerium selbst beauftragt und finanziert wurde.

Psychiatrische und psychosoziale Versorgungslandschaft in Kärnten und Tirol

- 4 Gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen war eine integrierte Versorgung von besonderer Bedeutung, weil viele Patientinnen und Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt eine oft langfristige Nachbetreuung im ambulanten Bereich benötigten und Krankenhausaufenthalte durch eine adäquate Versorgung im außerstationären Bereich teilweise verhindert bzw. verkürzt werden könnten. Dementsprechend verfügten Kärnten und Tirol über ein psychiatrisches und psychosoziales Versorgungsangebot sowohl in den Krankenanstalten als auch außerhalb. Im Überblick stellte sich diese Versorgungslandschaft in den beiden Ländern wie folgt dar:

Abbildung 1: Versorgungslandschaft für psychisch kranke Menschen in Kärnten und Tirol – Überblick



Quellen: Länder Kärnten und Tirol; RH

Die komplexe Versorgungslandschaft für psychisch kranke Menschen in Kärnten und Tirol setzte sich im Wesentlichen aus vier Bereichen⁹ zusammen: Krankenanstalten sowie außerhalb davon niedergelassener Bereich, komplementär psychosoziales Angebot und Selbsthilfegruppen.

⁹ Das Land Tirol bezeichnet diese als die vier Säulen.

Diese vier Bereiche unterschieden sich zum einen im Leistungsangebot, zum anderen bspw. im Hinblick auf die Trägerschaft (Krankenanstalten: z.B. Landesgesellschaften, Orden; sozialpsychiatrisches Angebot: z.B. private Träger), die Rechtsform (Krankenanstalten, Ambulatorien, Vereine etc.) oder die Finanzierung der Leistungen. Sowohl in Kärnten als auch in Tirol war eine verstärkte Versorgungskonzentration im städtischen Bereich/Umfeld erkennbar.

In beiden Ländern erachteten sowohl die Länder selbst als auch die überprüften Krankenanstalten bzw. deren Träger das Angebot für psychisch kranke Menschen außerhalb der Krankenanstalten u.a. als nicht ausreichend. Die überprüften Krankenanstalten bzw. Träger begründeten damit teilweise auch längere Verweildauern oder Wartezeiten auf Therapien. Daher planten sowohl Kärnten als auch Tirol eine Reihe von Maßnahmen u.a. für den ambulanten Bereich.¹⁰ Auch die beiden (Landes)–Krankenanstaltenpläne (TZ 11, TZ 12) sahen den Auf- und Abbau bzw. die Verschiebung von Bettenkapazitäten in unmittelbarem Zusammenhang mit der Verbesserung des außerstationären Angebots.

Strategien und Planungen

Überblick

- 5 Für die psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten wesentliche Strategie- und Planungsdokumente des Bundes sowie der Länder Kärnten und Tirol stellen sich im Zeitverlauf wie folgt dar:

¹⁰ Kärnten: z.B. Konzept für die Verbesserung der psychosozialen Versorgung in Umsetzung des RSG Kärnten 2020; Tirol: z.B. Stärkung der Psychotherapie im ländlichen Raum sowie für Kinder und Jugendliche, Krisendienst (Nord)Tirol, Vernetzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychische Gesundheit im Alter

Tabelle 1: Wesentliche Strategie- und Planungsdokumente für die psychiatrische Versorgung (in Krankenanstalten)

wesentliche Grundsatzdokumente – psychiatrische Versorgung (Beschlussjahr)		in Zielsteuerungsverträgen berücksichtigt?	
		2013 bis 2016	2017 bis 2021
Bund	<ul style="list-style-type: none"> – Österreichische Strukturplanungen – Österreichischer Krankenanstaltenplan (ÖKAP) 1994 und folgende, seit 2006: – Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) (zuletzt Juni 2017) – Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit (2009, zuletzt 2013) – Gesundheitsziel Nr. 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ (2012) <ul style="list-style-type: none"> – daraus abgeleitet drei Wirkungsziele (2016) – davon für Krankenanstalten relevant – Wirkungsziel 2: <ul style="list-style-type: none"> • niederschwellige, bedarfsgerechte Unterstützungs-, Versorgungs- bzw. Rehabilitationsangebote; Planung, Finanzierung und Realisierung nach den Grundsätzen der Inklusion und der integrierten Versorgung • Entwicklung von Maßnahmenpaketen bis Ende 2017 geplant 	nein	ja
Kärnten	<ul style="list-style-type: none"> – Kärntner Psychiatrieplan 2000 (Aktualisierung beschlossen 2005) – Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Kärnten 2015 (2010) – Kärntner Gesundheitsziel zum Gesundheitsziel Nr. 9 (2014)¹ – RSG Kärnten 2020 (2015) – Kärntner Landes-Krankenanstaltenplan 2015 (2015) 	nein	u.a. abhängig von Bund
Tirol	<ul style="list-style-type: none"> – Tiroler Psychiatriekonzept (1995) – RSG Tirol stationär 2015 (2009) – Tiroler Gesundheitsziele (2016)² – RSG Tirol ambulant 2020 (2012) – Tiroler Krankenanstaltenplan 2009 (zuletzt novelliert 2017) 	ja	geplant

¹ 1. Bewusstsein für die Bedeutung von Psychohygiene/psychosoziale Gesundheit wird gestärkt.

2. Möglichkeiten für die Anwendung psychohygienischer/psychosozialer Maßnahmen werden in allen Settings geschaffen/gestärkt.

² kein spezifisches Ziel zur psychischen Gesundheit, wird laut Angaben des Landes Tirol in allen Gesundheitszielen mitberücksichtigt

Quellen: BMGF; Länder Kärnten und Tirol; RH

Wesentliche Psychiatrieplanungen für Krankenanstalten auf Ebene des Bundes¹¹ und der überprüften Länder begannen vor allem in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts; diese sowie die Nachfolgedokumente werden im Folgenden näher dargestellt.

¹¹ Abgesehen von den genannten Dokumenten führte bspw. die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Ministeriums eine Reihe von Untersuchungen betreffend die psychiatrische Versorgung in Österreich durch.

Bund

6.1

(1) Seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde im Rahmen der Österreichischen Strukturplanung hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung eine Dezentralisierung forciert, wobei verschiedene Versorgungsgrundsätze wie z.B. eine Stärkung der ambulanten Versorgung, ein Vorrang der tagesklinischen vor der vollstationären Betreuung oder die Vernetzung der Versorgungsbereiche zugrunde gelegt wurden. Dies führte in einigen Ländern zur Auflassung der großen psychiatrischen Krankenanstalten und durch Schaffung psychiatrischer Abteilungen in allgemeinen Krankenanstalten zur Integration der psychiatrischen Versorgung in die Regelversorgung (z.B. LKH Hall, [TZ 8](#))

(2) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung galt noch der Österreichische Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) 2012. Er war gemäß Art. 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens¹² die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur und stellte den Rahmen für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den RSG dar. Die Krankenanstaltenplanung der RSG war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch eine Verordnung des jeweiligen Landes zu erlassen.¹³

(3) Der neue ÖSG mit Planungshorizont 2020 wurde erst im Juli 2017 veröffentlicht, obwohl im Überprüfungszeitraum grundsätzlich alle zwei Jahre eine Revision vorgesehen war.¹⁴ Hinsichtlich der psychischen Erkrankungen schrieb er im Wesentlichen die bisherigen Versorgungsgrundsätze fort.

Insgesamt legte der ÖSG 2017 auch durch die vorgesehene modulare Versorgung¹⁵ einen noch stärkeren Fokus auf eine integrierte und vorrangig niederschwellige Versorgung sowie auf die Abstimmung und Vernetzung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen¹⁶; eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusam-

¹² Art. 4 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

¹³ Art. 4 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. Gemäß dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 – VUG 2017, BGBl. I Nr. 26/2017, wird in Zukunft der Landes–Krankenanstaltenplan in der Regel durch eine Verordnung der neu gegründeten Gesundheitsplanungs GmbH ersetzt werden.

¹⁴ Siehe ebenfalls Art. 4 der oben genannten Art. 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Seit der neuen 15a–Vereinbarung, BGBl. I Nr. 98/2017 (in Kraft seit 1. Jänner 2017) sind ÖSG–Revisionen grundsätzlich im Abstand von maximal fünf Jahren vorgesehen.

¹⁵ Laut ÖSG 2017 beschreibt ein modulares Versorgungsmodell die Palette einzelner Module eines Fach–Versorgungsbereichs mit spezifischen Anforderungen für bestimmte Patientengruppen, für spezielle Behandlungsformen oder für bestimmte Behandlungsphasen.

¹⁶ Für den extramuralen und den komplementären Bereich wurden erstmals konkrete Festlegungen getroffen.

menarbeit wurde sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als spezifisches Qualitätskriterium ausgewiesen.

Auch bezüglich der weiteren Qualitätskriterien für den stationären psychiatrischen Bereich (z.B. Personal, Ausstattung und Leistungsbereiche) sah der ÖSG 2017 eine Reihe von Änderungen vor. So waren bspw. im Bereich Raumangebot und –ausstattung erstmals Vorgaben für Erwachsene angeführt; für die Kinder- und Jugendpsychiatrie war eine Heilstättenschule bzw. ein Heilstättenkindergarten vorgesehen, während der ÖSG 2012 nur die Gewährleistung der Erfüllung der Schulpflicht festlegte. Hinsichtlich der Leistungsbereiche war etwa – anders als im ÖSG 2012 – auch für Kinder und Jugendliche eine multimodale Therapie¹⁷ in einem bestimmten Ausmaß anzubieten; weiters war bspw. für Kinder und Jugendliche nunmehr ein Richtwert für die Gruppengröße bei Gruppentherapien vorgesehen.¹⁸

6.2

Der RH hielt fest, dass der ÖSG 2017 eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als spezifisches Qualitätskriterium auswies und dieser gegenüber dem ÖSG 2012 u.a. für die psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten eine Reihe von Änderungen, etwa betreffend Raumangebot und –ausstattung oder Leistungsbereiche, vorsah.

Er empfahl daher den überprüften Krankenanstalten, die Rahmenbedingungen ihrer psychiatrischen Organisationseinheiten in Hinblick auf die Vorgaben des ÖSG 2017 zu evaluieren und erforderlichenfalls entsprechend anzupassen.

6.3

(1) Laut Stellungnahme der KABEG würden im Klinikum Klagenfurt Evaluierungen der Erfüllung der Strukturqualitätsvorgaben gemäß Leistungsorientierter Krankenanstaltenfinanzierung und ÖSG regelmäßig bzw. im Anlassfall bei Neufassung der Vorgaben durchgeführt. Im Speziellen an der Kinder- und Jugendpsychiatrie sei bereits beim Neubau (2007/2008) auf ein ausreichendes Raumangebot geachtet worden. Im Altbestand der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie würden soweit wie möglich die Vorgaben (Trennung mit Paravents im Zimmer und dergleichen) umgesetzt. Im LKH Villach sei ein Evaluierungsprozess der psychiatrischen Organisationseinheiten vorgesehen.

(2) Die Tirol Kliniken GmbH sagte die Umsetzung der Empfehlung zu.

¹⁷ Eine multimodale Therapie ist allgemein eine Behandlung, die verschiedene Methoden miteinander kombiniert. Es ist das Zusammenwirken und Abstimmen medizinischer, pharmakologischer, physiotherapeutischer und psychologisch/psychotherapeutischer Methoden.

¹⁸ Im Folgenden wird grundsätzlich die Abkürzung ÖSG verwendet, außer inhaltliche Gründe machen eine Unterscheidung zwischen ÖSG 2012 und ÖSG 2017 erforderlich.

7.1 Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2013 – 2016 enthielt keine expliziten Ziele bzw. Maßnahmen für die Versorgung psychisch kranker Menschen, sondern nur ein allgemeines Bekenntnis zu den Gesundheitszielen (**TZ 5**, Tabelle 1).

Erst der neue Zielsteuerungsvertrag 2017 – 2021 enthielt solche Ziele bzw. Maßnahmen, die sich u.a. auf den Ausbau von ambulanten Angeboten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sowie die Verbesserung der psychosozialen Versorgung bezogen.

7.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2013 – 2016 keine Ziele bzw. Maßnahmen betreffend die Versorgung psychisch kranker Menschen enthielt. Dies, obwohl es sich einerseits gerade dabei um einen Bereich handelte, in dem ein partnerschaftlich abgestimmtes, sektorenübergreifendes Vorgehen bzw. Angebot von substanzieller Bedeutung war.

So benötigen gerade psychisch kranke Menschen häufig nach einer Behandlung in einer Krankenanstalt eine Nachbetreuung im ambulanten Bereich bzw. könnten teilweise stationäre Aufenthalte durch ein ausreichendes, abgestimmtes Versorgungsangebot außerhalb der Krankenanstalten überhaupt vermieden bzw. verkürzt werden; andererseits nahmen durch psychische Erkrankungen verursachte Krankenstände zu und hatten auch massive volkswirtschaftliche Auswirkungen (**TZ 2**).

Kärnten und Tirol

8.1 (1) Auch Kärnten und Tirol sahen bereits in ihren vor vielen Jahren erstellten Psychiatrieplanungen – dem Kärntner Psychiatrieplan 2000 (aktualisiert 2004) und dem Tiroler Psychiatriekonzept¹⁹ (beschlossen 1995) – u.a. eine Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung sowie einen Ausbau des tagesklinischen bzw. des ambulanten Bereichs außerhalb der Krankenanstalten vor. Zielhorizont der Planungen war damals für Kärnten das Jahr 2008 bzw. 2010 und für Tirol das Jahr 2005.

Im Krankenanstaltenbereich sah Kärnten eine psychiatrische Vollversorgung an zwei Standorten (Klagenfurt und Villach) und Tirol an fünf Standorten (Innsbruck, Hall, Kufstein, Zams und Lienz) vor.

(2) Die weiteren Planungen – die (mit Anpassungen) im Wesentlichen die ursprünglichen Ziele fortführten – erfolgten in beiden Ländern insbesondere im Rahmen der RSG bzw. der (Landes–)Krankenanstaltenpläne (**TZ 9**, **TZ 10**, **TZ 11**, **TZ 12**):

¹⁹ „Bürgernahe Psychiatrie: Leitlinien für die Reform der psychiatrischen Versorgung in Tirol“

- Der derzeit geltende RSG Kärnten 2020 befasste sich in einem eigenen Abschnitt mit der psychosozialen Versorgung für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche und definierte u.a. den diesbezüglichen Sollzustand für 2020. Die darin weiters enthaltene Bettenreduktion im Klinikum Klagenfurt und der gleichzeitige Aufbau von Bettenkapazitäten im LKH Villach waren auch im Kärntner Landes–Krankenanstaltenplan 2015 (**Kärntner Landes–Krankenanstaltenplan**) abgebildet.
- In Tirol gab es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keinen geltenden RSG für den stationären Bereich, sondern nur den Tiroler Landeskrankenanstaltenplan 2009 (**Tiroler Landeskrankenanstaltenplan**) mit Planungshorizont 2018 (**TZ 12**). Der RSG Tirol 2020 für den ambulanten Bereich definierte vor allem das notwendige Angebot an niedergelassenen psychiatrischen Fachärztinnen und –ärzten sowie Versorgungsstrukturen für die Kinder– und Jugendpsychiatrie.

(3) In Umsetzung der genannten Planungsdokumente wurde zwar in beiden Ländern (was den Krankenanstaltenbereich anbelangt vor allem in Tirol) eine Reihe von Maßnahmen²⁰ gesetzt, jedoch waren weiterhin wesentliche Vorhaben offen:

- In Kärnten waren etwa der Neubau der Psychiatrien in Klagenfurt und Villach und die damit verbundenen Bettenverschiebungen (**TZ 11, TZ 36, TZ 37**), im außerstationären Bereich insbesondere der Ausbau von sozialpsychiatrischen Ambulatorien noch nicht erfolgt. Auch eine Psychiatriekoordination war noch nicht eingerichtet, obwohl die Kärntner Krankenanstaltenordnung seit 2015 diese Möglichkeit einräumte; geplant war, eine Psychiatriekoordination noch 2017 zu etablieren. Die Landes–Zielsteuerungskommission hatte dafür eine Geschäftsordnung zu beschließen;²¹ die Aufgaben waren bislang nur allgemein formuliert.²²

²⁰ Kärnten: z.B. Einrichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Spittal und Wolfsberg; Tirol: im Sinne der Regionalisierung z.B. Integration des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in das LKH Hall, Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen in den Bezirkskrankenhäusern Kufstein und Lienz

²¹ siehe dazu § 1 Kärntner Gesundheitsfondsgesetz, LGBl. Nr. 67/2013 i.d.g.F.

²² für Abstimmung der intra– und extramuralen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sorgen: insbesondere Vernetzung der Bereiche auf Ebene der unterschiedlichen Versorgungsangebote (Krankenanstalten, Beratungsstellen, Tagesstrukturen etc.) sowie Weiterentwicklung dieser Angebote

- In Tirol waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung etwa die geplante stationäre Versorgung für Erwachsene teilweise noch nicht umgesetzt (**TZ 12**) oder die Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Hall noch nicht realisiert. Handlungsbedarf bestand laut Land Tirol bspw. auch betreffend den Ausbau der niedergelassenen fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sowie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Unterschied zu Kärnten war in Tirol bereits seit 1996 ein Psychiatriekoordinator (Mitarbeiter des Tiroler Gesundheitsfonds, seit Juni 2017 auch Suchtkoordinator) eingesetzt; eine aktuelle, klare Definition der Aufgaben und Zuständigkeiten fehlte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch.

(4) Hinsichtlich der Landes-Zielsteuerungsverträge ergab sich folgendes Bild:

- Der Kärntner Landes-Zielsteuerungsvertrag 2013 – 2016 sah hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung keine expliziten Ziele bzw. Maßnahmen vor. Für das neue Landes-Zielsteuerungsübereinkommen 2017 – 2021 wollte sich das Land Kärnten wieder am Zielsteuerungsvertrag des Bundes orientieren.
- Demgegenüber sah der Tiroler Landes-Zielsteuerungsvertrag 2013 – 2016 die Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts zur Verbesserung der psychischen Gesundheitsversorgung sowie die Konzeptionierung der Umsetzung der Empfehlungen des RSG Tirol für den ambulanten Bereich zur Sicherstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung vor. Schriftliche Konzepte lagen bis zum Ende der Zielsteuerungsperiode nicht vor; u.a. waren Handlungsfelder²³ definiert. Eine Wiederaufnahme von Maßnahmen für die psychiatrische Versorgung in das Tiroler Landes-Zielsteuerungsübereinkommen 2017 – 2021 war geplant.

8.2

Der RH hielt fest, dass sich die Psychiatrieplanung bzw. deren Umsetzung als ein seit über 20 Jahren (Tirol) bzw. 17 Jahren (Kärnten) andauernder Prozess darstellte. Wie die nachfolgende – auf die psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten fokussierte – Analyse des RH zeigte, bestand – obwohl die Zielsetzungen seit Anbeginn grundsätzlich gleich blieben – nach wie vor großer Handlungsbedarf. Ferner wies der RH darauf hin, dass die Umsetzung der Krankenanstaltenplanungen auch in engem Zusammenhang mit einem abgestimmten, bedarfsgerechten und qualitätsvollen Angebot für psychisch kranke Menschen außerhalb der Krankenanstalt stand (**TZ 11, TZ 12**).

²³ z.B. Stärkung der Psychotherapie im ländlichen Raum, Maßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychische Gesundheit im Alter (inklusive Demenz) mit Schwerpunkt Koordination der Versorgungsangebote

Der RH wies daher kritisch darauf hin, dass der Kärntner Landes–Zielsteuerungsvertrag 2013 – 2016 hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung keine expliziten Ziele bzw. Maßnahmen vorsah; dies trotz der besonderen Herausforderungen dieses Bereichs gerade im Hinblick auf eine integrierte Vorgehensweise.

Er empfahl dem Land Kärnten, auf die Definition von Zielen und bedarfsgerechten Maßnahmen samt entsprechenden Indikatoren für die gesamthafte Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen im neuen Landes–Zielsteuerungsübereinkommen hinzuwirken; dies auch in Umsetzung der Festlegungen des neuen Zielsteuerungsvertrags des Bundes.

Der RH anerkannte zwar, dass der Tiroler Landes–Zielsteuerungsvertrag 2013 – 2016 Maßnahmen und Ziele für die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen (Erwachsener sowie Kinder und Jugendlicher) festlegte; er sah aber kritisch, dass bisher nachvollziehbare, gesamthafte Umsetzungskonzepte fehlten.

Der RH empfahl daher dem Land Tirol, die bereits im Landes–Zielsteuerungsvertrag 2013 – 2016 geplanten Konzepte gemeinsam mit dem Zielsteuerungspartner zu erstellen und entsprechende Maßnahmen im neuen Landes–Zielsteuerungsübereinkommen wieder vorzusehen bzw. zu spezifizieren; dies u.a. vor dem Hintergrund, dass auch mit der neu errichteten Abteilung für Kinder– und Jugendpsychiatrie im LKH Hall die Bettenmessziffer weiterhin unterschritten werden wird (**TZ 13**).

Die Konzepte sollten in Abstimmung mit dem ÖSG 2017 konkrete Maßnahmen definieren sowie einen realistischen Zeitplan und ein aussagekräftiges Finanzierungskonzept enthalten. Außerdem wären regelmäßige gesamthafte Evaluierungen der Umsetzung und der Zweckmäßigkeit der getroffenen Maßnahmen insbesondere im Hinblick auf den bestehenden Bedarf durchzuführen, um gegebenenfalls notwendige Adaptierungen vornehmen zu können. Der neue Zielsteuerungsvertrag des Bundes wäre zu berücksichtigen.

Weiters hielt der RH fest, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in Kärnten noch keine Psychiatriekoordination eingerichtet war; demgegenüber gab es eine solche in Tirol bereits seit über 20 Jahren; allerdings fehlte in Tirol noch eine aktuelle Aufgabendefinition.

Der RH empfahl dem Land Kärnten, im Zuge der geplanten Einrichtung der Psychiatriekoordination auch auf eine klare Definition der Aufgaben und Zuständigkeiten hinzuwirken. Ebenso empfahl er dem Land Tirol, auf eine Aktualisierung und Konkretisierung der Definition der Aufgaben und Zuständigkeiten der nunmehrigen Psychiatrie– und Suchtkoordination hinzuwirken.

8.3

(1) Das Land Kärnten teilte in seiner Stellungnahme mit, dass im Rahmen der Haushaltsreform für diesen Bereich das Wirkungsziel „Die psychosoziale und suchtspezifische Versorgung für Betroffene ist sichergestellt“ definiert worden sei. Die Umsetzung des Psychiatrieplans sei die hierfür definierte Maßnahme, die Kennzahl „Anzahl stationärer Betreuungsplätze für chronisch–psychisch Erkrankte (ZPSR)“ sei der Indikator, um das Wirkungsziel zu überprüfen. Die Reduktion der kostenintensiven stationären Betreuungsplätze zu Gunsten von ambulanten Angeboten, um die Betreuung für chronisch–psychisch Kranke sicherzustellen, solle zur gesamthafter Verbesserung der Versorgung beitragen.

Weiters teilte das Land Kärnten mit, dass die Psychiatriekoordination mittlerweile eingerichtet und im Rahmen der Novelle zum Kärntner Gesundheitsfondsgesetz und der Geschäftsordnung mit definierten Aufgaben und Zuständigkeiten betraut sei.

(2) Das Land Tirol sagte in seiner Stellungnahme die Umsetzung der Empfehlung des RH zu. Die Rahmenpläne seien im neuen Landes–Zielsteuerungsübereinkommen für die Periode 2017 bis 2021 verankert und einige Maßnahmen schon umgesetzt.

Weiters teilte das Land Tirol mit, dass die Leistungsbeschreibung der Psychiatrie– und Suchtkoordination fertiggestellt worden sei.

(3) Der Kärntner Gesundheitsfonds verwies in seiner Stellungnahme ebenfalls auf die Einrichtung der Psychiatriekoordination und deren Aufgaben. Eine Geschäftsordnung sei zwischenzeitlich von der Landes–Zielsteuerungskommission beschlossen worden.

(4) Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH sei die Kinder– und Jugendpsychiatrie im LKH Hall wie geplant Ende November 2017 in Betrieb genommen worden.

Regionaler Strukturplan Gesundheit und Landeskrankenanstaltenplan

Allgemeines

9.1

(1) Der RSG Kärnten 2020 (beschlossen 2015) enthielt sowohl die stationäre als auch die ambulante Versorgungsplanung für den Planungshorizont 2020. Die Vorgaben des Kärntner Landes–Krankenanstaltenplans 2015²⁴ zur maximalen Bettenanzahl in den kinder– und jugendpsychiatrischen, psychiatrischen und psychoso-

²⁴ LGBl. Nr. 48/2015

matischen²⁵ Abteilungen der überprüften Krankenanstalten stimmten mit den Angaben im RSG überein.²⁶

(2) In Tirol stammte der RSG für den stationären Bereich mit Planungshorizont 2015 aus dem Jahr 2009, eine Überarbeitung war erst für das Jahr 2017 – nach Fertigstellung des neuen ÖSG – geplant. Im Zuge der Umsetzung des RSG wurde für den stationären Bereich im Jahr 2009 der Tiroler Krankenanstaltenplan erlassen. Dieser wurde seither fünfmal novelliert (zuletzt im August 2017) und entsprach teilweise nicht mehr dem RSG aus 2009.

9.2

Der RH hielt kritisch fest, dass Tirol – im Unterschied zu Kärnten – über keinen aktuellen RSG für den stationären Bereich verfügte. Damit fehlte dem Tiroler Krankenanstaltenplan die krankenanstaltenrechtlich erforderliche regionale Planungsgrundlage.

Der RH empfahl dem Land Tirol, ehestens auf die Erstellung eines neuen RSG für den stationären Bereich in Abstimmung mit dem ÖSG 2017 hinzuwirken.

9.3

Das Land Tirol teilte in seiner Stellungnahme mit, dass der Projektplan zur Erarbeitung des „RSG 2025 – stationärer Teil“ in der Landes-Zielsteuerungskommission im Oktober 2017 zustimmend zur Kenntnis genommen worden sei.

Bettenmessziffer

10.1

(1) Auch der ÖSG 2017 sah weiterhin als ein Instrument zur Kapazitätsplanung im stationären Bereich die Bettenmessziffer (**BMZ**)²⁷ vor: diese stellte die erforderliche Versorgungsdichte dar und war zur Berücksichtigung regionaler Spezifika in einem Intervall angegeben (BMZmin = untere Grenze und BMZmax = obere Grenze des BMZ-Soll-Intervalls).

(2) Aufgrund der Vorgaben für die Bettenmessziffer im ÖSG (2012) als Intervall mit einer sehr großen Bandbreite von +/-25 % erachtete der RH in seinem Bericht „Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung“ (Reihe Bund 2015/17) die Bettenmessziffer weder für Planungs- und Steuerungszwecke noch für Evaluierungszwecke geeignet; sie sollte lediglich zu Informationszwecken weiterhin im ÖSG angeführt werden. Der RH kritisierte auch, dass regionale Beson-

²⁵ Die Psychosomatik ist jener medizinische Fachbereich, der sich mit der Verbindung zwischen dem seelischen und körperlichen Wohlbefinden eines Menschen befasst.

²⁶ Der Landes-Krankenanstaltenplan wich aber insofern vom RSG ab, als er in den Anmerkungen bezüglich der Erwachsenenpsychiatrie im Klinikum Klagenfurt und LKH Villach die geplante – aber zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht vollzogene – Bettenverschiebung von Klagenfurt nach Villach nach Fertigstellung des dortigen Neubaus (TZ 37) berücksichtigte.

²⁷ Zahl der Betten je Fachrichtung pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern der Gesamtbevölkerung

derheiten – z.B. komplementäre Versorgungsangebote oder Krankheitshäufigkeiten – und Gastpatientenströme bei der Ermittlung der Bettenmessziffer nicht berücksichtigt waren.

Für die Berechnung der Bettenmessziffer war weiters laut ÖSG die Zahl der systemisierten Betten zu berücksichtigen, die aber von der Zahl der tatsächlichen Betten abweichen konnte und damit keine Aussagekraft über das verfügbare Angebot hatte.²⁸

(3) Betreffend die Bettenmessziffer im psychiatrischen Bereich zeigten sich im Rahmen der Gebarungsüberprüfung für Kärnten und Tirol neben den Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik (TZ 11, TZ 12) sowie bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und den unterschiedlichen Anrechnungsmöglichkeiten von Tagesklinikplätzen²⁹ auch Unklarheiten bezüglich der Berücksichtigung von Betten für die Alters-/Gerontopsychiatrie. Auch aus diesen Gründen analysierte der RH nur die Bettenmessziffer für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, in dem österreichweit eine erhebliche Unterversorgung herrschte (TZ 13).

(4) Im internationalen Vergleich bewegte sich Österreich mit 5,7 stationären Akutbetten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Spitzenfeld; bei den psychiatrischen Betten hingegen lag Österreich mit 0,61 unter dem OECD-Schnitt von 0,73 und deutlich unter den Werten der Schweiz (0,92) und Deutschlands (1,27).

10.2

Der RH hielt an seiner grundsätzlichen Kritik fest, dass die Bettenmessziffer weder für Planungs- und Steuerungszwecke noch für Evaluierungszwecke geeignet war. Er wies in diesem Zusammenhang ergänzend darauf hin, dass – wie die Datenlage für die überprüften Krankenanstalten zeigte – eine Zugrundelegung von systemisierten Betten problematisch war sowie unterschiedliche Berechnungsmethoden und –möglichkeiten (z.B. Anrechnungsfaktor Tagesklinik, Abgrenzung Psychiatrie von Psychosomatik, Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen) existierten.

²⁸ Der von der Gesundheit Österreich GmbH 2016 erstellte Arbeitsfortschrittsbericht zur integrierten psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen berechnete die Bettenmessziffer abweichend von den Vorgaben des ÖSG anhand von tatsächlichen Betten:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/0/4/CH1071/CMS1404810183713/integrierte_psychosoziale_versorgung_von_kindern_und_jugendlichen_2015.pdf

²⁹ Tages- und Wochenklinikbetten konnten gemäß ÖSG 2012 für die Bettenmessziffer unter bestimmten Umständen mit einem Anrechnungsfaktor von 1,5 multipliziert werden.

Weiters wies der RH darauf hin, dass die Anzahl der Psychatriebetten in Österreich im OECD-Vergleich bzw. im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz geringer war.

Der RH empfahl daher dem Ministerium, die Thematik Psychatriebetten in Österreich einer grundsätzlichen gesamthaften Evaluierung zu unterziehen.

10.3

Laut Stellungnahme des Ministeriums seien internationale Vergleiche der Anzahl von Psychatriebetten nicht sehr aussagekräftig. Die Definition von „Psychatriebett“ sei in den einzelnen Staaten sehr unterschiedlich und die Abgrenzung zwischen Psychiatrie- und anderen Betten oft fließend. Die relativ niedrige Zahl an österreichischen Psychatriebetten, die an internationale Datenbanken gemeldet werde, stehe mit der Codierung der Betten für die Krankenanstalten-Statistik in Zusammenhang.

Dies habe bereits mehrfach Kritik von Expertenseite hervorgebracht, weil damit nicht alle für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung stehenden Betten in Österreich umfasst seien. Die erforderlichen Änderungen in der Dokumentations- und Codierungssystematik der Krankenanstalten-Statistik würden Kosten verursachen. Da weder die Krankenanstaltenträger noch die Länder einen erheblichen Nutzen sähen, würden die erforderlichen Änderungen von den Krankenanstaltenträgern und den Ländern mit Hinweis auf die damit verbundenen Kosten abgelehnt.

Die Bettenmessziffern im ÖSG 2017 für die Bereiche Psychiatrie und Psychosomatik für Erwachsene seien gegenüber dem ÖSG 2012 geringfügig reduziert worden, weil die Bettenausstattung als sehr gut eingeschätzt werde. Leistungen, die eigentlich vermehrt im ambulanten Bereich erbracht werden sollten, würden stationär erbracht. Die Bettenmessziffern für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für die Psychosomatik für Kinder und Jugendliche seien (vorerst) noch beibehalten worden, weil die Versorgungskapazitäten im ambulanten Bereich noch nicht ausreichend seien.

Weiters verwies das Ministerium auf das jahrelang durchgeführte, detaillierte Betten-Monitoring im psychiatrischen Bereich, das den Systempartnern (Bund, Länder, Sozialversicherung) als Planungsgrundlage zur Verfügung gestanden sei.

10.4

Der RH wies gegenüber dem Ministerium darauf hin, dass – unabhängig von der Frage der Vergleichbarkeit internationaler Daten – die adäquate stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen in Österreich maßgeblich sei. Er hielt seine grundsätzliche Kritik an der Bettenmessziffer im ÖSG aufrecht. Dies auch deshalb, weil sie sich auf systemisierte Betten bezog. Wie die Feststellungen des RH ergaben, ließ die Anzahl der systemisierten Betten – jedenfalls in den überprüften Ländern bzw. Kran-

kenanstalten – keinen Rückschluss auf die tatsächlichen Versorgungskapazitäten zu. Darüber hinaus existierten unterschiedliche Berechnungsmethoden und –möglichkeiten (z.B. Anrechnungsfaktor Tagesklinik, Abgrenzung Psychiatrie von Psychosomatik, Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen).

Hinzu kam, dass nunmehr verschiedene Definitionen des Begriffs „systemisierte Betten“ bestanden. Nach der Definition im „Handbuch zur Dokumentation – Organisation & Datenverwaltung“ (Ausgabe September 2017) (TZ 12) konnten systemisierte Betten entweder sanitätsbehördlich bewilligte Betten oder Planbetten sein. Im Unterschied dazu war gemäß ÖSG 2017 ein systemisiertes Bett ein „im Zuge einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung behördlich genehmigtes Bett“ (TZ 12). Dies könnte nach Ansicht des RH die Aussagekraft der Bettenmessziffer bzw. die Angaben über deren aktuellen Erfüllungsstand im ÖSG zusätzlich beeinflussen.

Kärntner Landes–Krankenanstaltenplan

11.1

(1) Der Kärntner Landes–Krankenanstaltenplan legte die maximale Anzahl der systemisierten Betten je medizinischer Fachrichtung bzw. je Bereich in den Fondskrankenanstalten fest. Neben den überprüften Krankenanstalten gab es in Kärnten noch im Krankenhaus de la Tour (Suchterkrankungen) und im Krankenhaus Waiern (Psychosomatik) ein psychiatrisches/psychosomatisches Versorgungsangebot. Für die Psychiatrie waren im Kärntner Landes–Krankenanstaltenplan für Erwachsene insgesamt maximal 276 und für Kinder und Jugendliche maximal 43 Betten vorgesehen; in der Psychosomatik betrug die maximal vorgesehene Bettenzahl für Erwachsene 50, für Kinder und Jugendliche zwölf.

Aktuelle Belege oder Daten über die Systemisierung der Betten (= sanitätsbehördliche Bewilligung³⁰ durch das Land) an den überprüften Abteilungen und ihre Zuordnung zu den Bereichen Psychiatrie oder Psychosomatik konnten dem RH vom Land Kärnten nicht vorgelegt werden. Die KABEG übermittelte zwar Zahlen zu den systemisierten Betten, allerdings legte sie diesen Angaben keine Bescheide, sondern die Vorgaben des RSG zugrunde.³¹

³⁰ Diese Definition ergibt sich aus dem Handbuch zur Dokumentation ORGANISATION & DATENVERWALTUNG, 2017+, Stand 1. Jänner 2017, S. 18 des Ministeriums; der Begriff „systemisiertes Bett“ war jedoch nicht krankenanstaltenrechtlich definiert.

³¹ Lediglich für die Psychiatrie im LKH Villach konnte eine sanitätsbehördliche Errichtungs– und Betriebsbewilligung vorgelegt werden, in der allerdings nur 49 Betten vorgesehen waren: Systemisiert waren laut Angaben der KABEG aber 84 Betten (entspricht den RSG–Zahlen), tatsächlich aufgestellt 53 Betten.

Ein umfassender Vergleich der systemisierten Betten mit den Vorgaben des Kärntner Landes–Krankenanstaltenplans sowie den tatsächlichen Betten war daher aufgrund der unvollständigen und teilweise widersprüchlichen Datengrundlagen nicht möglich.

Auf Grundlage der Daten der KABEG zu den tatsächlichen Betten stellte sich der Umsetzungsstand des Kärntner Landes–Krankenanstaltenplans für die überprüften Krankenanstalten hinsichtlich Psychiatrie und Psychosomatik im Jahr 2016 wie folgt dar:

Tabelle 2: Umsetzungsstand Kärntner Landes–Krankenanstaltenplan im Jahr 2016

Fachrichtung bzw. Bereich	Betten	Klinikum Klagenfurt	LKH Villach
		Anzahl	
Psychiatrie Erwachsene	max. Betten laut Plan (davon teilstationär ¹)	136 (16) ³	84 (8) ⁴
	tatsächliche Betten ²	168 (22)	50
Psychosomatik Erwachsene	max. Betten laut Plan (davon teilstationär ¹)	12 (4) ⁵	12 (4) ⁵
	tatsächliche Betten ²	18	3
Kinder- und Jugendpsychiatrie	max. Betten laut Plan (davon teilstationär ¹)	43 (10)	–
	tatsächliche Betten ²	36 (6)	–
Psychosomatik Kinder und Jugendliche	max. Betten laut Plan	6	6 ⁶
	tatsächliche Betten ²	0	8 ⁷

¹ z.B. Tagesklinik oder 0–Tages–Aufenthalte

² entspricht den tatsächlich aufgestellten Betten (= Betten, die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren); Bettenschließungen und –sperrungen berücksichtigt

³ Psychiatriebetten–Kapazität, wenn Aufbau der stationären Strukturen im LKH Villach und Realisierung des Konzepts der extramuralen psychosozialen Versorgung

⁴ Psychiatriebetten–Kapazität, wenn Realisierung des Konzepts der extramuralen psychosozialen Versorgung

⁵ in Form eines Departments vorzuhalten

⁶ im Rahmen der Abteilung für Kinder– und Jugendheilkunde eingerichtet

⁷ ab 1. Juli 2016 als Wochenklinik geführt (Montag bis Freitag)

Quellen: Kärntner Landes–Krankenanstaltenplan; überprüfte Krankenanstalten; RH

(2) Wie die Tabelle zeigt, wick die Zahl der tatsächlichen Betten im Bereich Psychiatrie in manchen Fällen von den Vorgaben des Kärntner Landes–Krankenanstaltenplans ab. So waren in der Erwachsenenpsychiatrie im Klinikum Klagenfurt 32 Betten³² mehr und im LKH Villach 34 Betten weniger aufgestellt als im Landes–Krankenanstaltenplan bzw. im RSG Kärnten 2020 vorgesehen. Dies war darin begründet, dass die geplante Bettenverschiebung vom Klinikum Klagenfurt an das LKH Villach nach Fertigstellung des Neubaus für die dortige psychiatrische Abteilung (geplant 2020) faktisch noch nicht vollzogen war.

³² davon sechs tagesklinische Behandlungsplätze (teilstationäre Betten)

(3) Im Bereich der Psychosomatik zeigte sich für die überprüften Krankenanstalten folgendes Bild:

- Für die psychosomatische Versorgung von Erwachsenen standen im Klinikum Klagenfurt 18 tatsächliche Betten zwölf Planbetten gegenüber. Im LKH Villach hingegen waren von zwölf im Kärntner Landes–Krankenanstaltenplan maximal vorgesehenen Betten nur drei tatsächlich aufgestellt, die vorgesehenen jeweils vier teilstationären Betten gab es tatsächlich nicht. Die in beiden Krankenanstalten vorgesehenen Departments waren nicht eingerichtet.
- Hinsichtlich der Psychosomatik für Kinder und Jugendliche war der im Kärntner Landes–Krankenanstaltenplan vorgesehene Schwerpunkt im Klinikum Klagenfurt noch nicht etabliert.

Psychosomatikbetten für Kinder und Jugendliche waren – dem Landes–Krankenanstaltenplan entsprechend – im LKH Villach an der Abteilung für Kinder– und Jugendheilkunde eingerichtet.³³ Sie wurden – weil nicht im Rahmen einer (kinder– und jugend)psychiatrischen Einheit betrieben – in die Gebarungsüberprüfung nicht einbezogen.

11.2

Der RH kritisierte, dass weder das Land Kärnten noch die KABEG³⁴ die für den Betrieb der Psychiatrie–/Psychosomatikbetten in den überprüften Kärntner Krankenanstalten notwendigen Bewilligungsbescheide vorlegen konnten. Dies widersprach dem Krankenanstaltenrecht und stand einer wirksamen Steuerung der stationären Versorgungsplanung entgegen, weil valide Daten und Nachweise für die Zahl der systemisierten Betten und deren Zuordnung zu den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik fehlten.

Weiters hielt der RH kritisch fest, dass der Ausbau der stationären psychiatrischen Strukturen im LKH Villach noch nicht vollzogen und dementsprechend eine Reduktion der Betten im Klinikum Klagenfurt noch nicht erfolgt war. Diesbezüglich verwies er auch auf [TZ 37](#).

Darüber hinaus wies der RH darauf hin, dass es die im Kärntner Landes–Krankenanstaltenplan (und im RSG Kärnten 2020) vorgesehenen teilstationären Betten nur in der Erwachsenenpsychiatrie im Klinikum Klagenfurt gab. Auch waren in den über-

³³ Zum vermeintlichen Widerspruch zwischen acht tatsächlich aufgestellten Betten und sechs im Kärntner Landes–Krankenanstaltenplan vorgesehenen Betten: acht im Rahmen einer Wochenklinik von Montag bis Freitag betriebene Betten plus zwei an sieben Tagen pro Woche betriebene Betten entsprachen im Jahresdurchschnitt sechs ganzjährig betriebenen Betten.

³⁴ ausgenommen der Bescheid betreffend das LKH Villach aus dem Jahr 2010, dessen Angaben allerdings im Widerspruch zu den sonstigen Angaben der KABEG standen

prüfen Krankenanstalten die im Bereich der Psychosomatik für Erwachsene vorgesehenen Departments nicht eingerichtet.

Der RH empfahl daher dem Land Kärnten, auf die Überarbeitung des RSG Kärnten 2020 in Abstimmung mit dem neuen ÖSG 2017 hinzuwirken und auf Basis der in der Folge verbindlich gemachten Krankenanstaltenplanung³⁵ eine Systemisierung der Betten (und Zuordnung der Betten zu den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik) vorzunehmen.

11.3

(1) Das Land Kärnten teilte in seiner Stellungnahme mit, dass systemisierte Betten sowohl im RSG Kärnten 2020 als auch im Kärntner Landes-Krankenanstaltenplan i.d.F. LGBl Nr. 36/2000 vorgesehen seien. Die Zuordnung erfolge für den Bereich der Psychiatrie in den Krankenanstalten Klagenfurt und Villach sowie für den Bereich der Psychosomatik in den Krankenanstalten Klagenfurt, Villach und Waiern sowohl hinsichtlich stationärer als auch teilstationärer Betten. Der geltende RSG Kärnten 2020 sei von der Landes-Zielsteuerungskommission im Juni 2015 beschlossen worden, der aktuelle ÖSG 2017 gelte seit Ende Juni des Vorjahres. Die dort enthaltenen Vorgaben würden spätestens 2019 im zu beschließenden RSG Kärnten 2025 berücksichtigt werden.

(2) Laut Stellungnahme der KABEG würden wesentliche Teile ihres Bewilligungsbestands aus der Zeit vor der Ausgliederung der Kärntner Landeskrankenanstalten aus der Landesverwaltung im Jahr 1993 stammen. Die Dokumentation des seinerzeitigen Rechtsbestands, insbesondere Verträge, Bescheide etc. sei der KABEG trotz zahlreicher Urgezen niemals übergeben worden und könne daher auch nicht vorgezeigt werden. Die Festlegung einer bestimmten Bettenanzahl sei bis in die späten 80er-Jahre hinein weder krankenanstaltenrechtlich explizit zwingend geboten noch üblich gewesen. Die Bettenanzahl habe erst später mit dem Aufkommen der Krankenanstaltenplanung rechtliche Relevanz erlangt.

Dass die Datengrundlage unvollständig und teilweise widersprüchlich sei, werde zurückgewiesen, weil die KABEG die systemisierten Betten stets im Einklang mit den Vorgaben des Kärntner Gesundheitsfonds im Krankenanstalten-Dokumentationssystem KDOK erfassen würde.

11.4

(1) Der RH wies gegenüber dem Land Kärnten darauf hin, dass er auf die Festlegung der maximalen Anzahl der systemisierten Betten je medizinischer Fachrichtung im Kärntner Landes-Krankenanstaltenplan hingewiesen hatte. Kritisch sah der RH, dass die für den Betrieb der Psychiatrie-/Psychosomatikbetten in den überprüften Kärntner Krankenanstalten notwendigen Bewilligungsbescheide nicht vorgelegt

³⁵ Aufgrund des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2017 wird in Zukunft der Landes-Krankenanstaltenplan in der Regel durch eine Verordnung der neuen Gesundheitsplanungs GmbH ersetzt werden.

werden konnten. Hinsichtlich der nunmehrigen unterschiedlichen Definitionen von systemisierten Betten verwies der RH auf seine Ausführungen gegenüber dem Ministerium in **TZ 12**.

(2) Gegenüber der KABEG wies der RH darauf hin, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung systemisierte Betten als sanitätsbehördlich bewilligte Betten definiert waren. Weder das Land Kärnten noch die KABEG konnten jedoch die sanitätsbehördlichen Bewilligungsbescheide für die systemisierten Betten in den überprüften Krankenanstalten vorlegen. Die KABEG setzte diese Betten mit den Planbetten gleich. Daraus resultierten die teilweise Widersprüchlichkeit sowie Unvollständigkeit der Daten. So wurde etwa im LKH Villach im Jahr 2016 die Zahl der systemisierten Betten mit 84 für die Erwachsenenpsychiatrie angegeben, obwohl nur 50 Betten vorhanden waren. Hinsichtlich der nunmehrigen unterschiedlichen Definitionen von systemisierten Betten verwies der RH ebenfalls auf seine Ausführungen gegenüber dem Ministerium in **TZ 12**.

Tiroler Krankenanstaltenplan

12.1

(1) Auch der Tiroler Krankenanstaltenplan setzte für die einzelnen Krankenanstalten die höchstzulässige Anzahl an systemisierten Betten je Fachrichtung bzw. je Bereich fest.³⁶ Der zuletzt im August 2017 novellierte Tiroler Krankenanstaltenplan hatte zwar den Planungshorizont 2018; jedoch wiesen auch frühere Fassungen³⁷ mit Planungshorizont 2015 bereits die gleichen Bettenhöchstzahlen aus.³⁸

Neben den überprüften Krankenanstalten gab es in Tirol noch in den Bezirkskrankenhäusern Kufstein und Lienz ein psychiatrisches Versorgungsangebot; im Krankenhaus Zams war ein stationäres Angebot³⁹ geplant.

Für die Psychiatrie waren im Tiroler Krankenanstaltenplan für Erwachsene insgesamt maximal 378 und für Kinder und Jugendliche maximal 36 Betten vorgesehen; in der Psychosomatik betrug die maximal vorgesehene Bettenzahl für Erwachsene 46, für Kinder und Jugendliche zwölf.

Als Nachweis über die Systemisierung (= sanitätsbehördliche Bewilligung) der Betten in den überprüften Krankenhäusern übermittelte das Land Tirol dem RH eine

³⁶ § 2 Abs. 1 lit. b Tiroler Krankenanstaltenplan, LGBl. Nr. 85/2009 i.d.g.F.

³⁷ LGBl. Nr. 107/2014 und LGBl. Nr. 80/2015

³⁸ Die aktuelle Fassung unterschied sich von jener aus 2015 im Bereich der psychiatrischen/psychosomatischen Versorgung nur insofern, als erstmalig die Zahl der tagesklinischen Plätze als Teil der Bettenhöchstzahl festgelegt wurde.

³⁹ zur Zeit der Gebarungsüberprüfung psychiatrische Tagesklinik und Ambulanz eingerichtet

Organisationsplanänderung des LKH Innsbruck und eine neue Anstaltsordnung des LKH Hall.

Belege über die eindeutige Zuordnung der Betten zu den Bereichen Psychiatrie oder Psychosomatik konnten dem RH auch in Tirol nicht vorgelegt werden. Auf eine Darstellung der systemisierten Betten wurde daher auch hier verzichtet.

Auf Grundlage der Daten zu den tatsächlichen Betten, welche die Tirol Kliniken GmbH und das Land Tirol⁴⁰ übermittelten, stellte sich der Umsetzungsstand des Tiroler Krankenanstaltenplans für die überprüften Krankenanstalten hinsichtlich Psychiatrie und Psychosomatik wie folgt dar:

Tabelle 3: Umsetzungsstand Tiroler Krankenanstaltenplan (Planungshorizont 2018) im Jahr 2016

Fachrichtung bzw. Bereich	Bettenzahl	Anzahl	
		LKH Innsbruck	LKH Hall
Psychiatrie Erwachsene	Bettenhöchstzahl laut Plan (davon Tagesklinik)	90	185 (19) ²
	tatsächliche Betten ¹	98	237 (18) ³
Psychosomatik Erwachsene	Bettenhöchstzahl laut Plan (davon Tagesklinik) ⁴	34 (14)	–
	tatsächliche Betten ¹	32 (12)	–
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Bettenhöchstzahl laut Plan (davon Tagesklinik)	5 (5) ⁵	31
	tatsächliche Betten ¹	22	0
Psychosomatik Kinder und Jugendliche	Bettenhöchstzahl laut Plan (davon Tagesklinik) ⁴	–	12
	tatsächliche Betten ¹	–	0

¹ entspricht den tatsächlich aufgestellten Betten (= Betten, die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren); Bettenschließungen und –sperrungen berücksichtigt

² laut Tiroler Krankenanstaltenplan Bettenreduktion korrespondierend zum Ausbau der dezentralen stationären bzw. ambulanten psychiatrischen Versorgungsstrukturen vorgesehen

³ inklusive 25 Betten für Forensik

⁴ in Form eines Departements vorzuhalten

⁵ Bis zur Realisierung der gesamten 43 Betten am LKH Hall durften Betten am LKH Innsbruck (unabhängig von der Tagesklinik) verbleiben, wobei die Bettenhöchstzahl von 48 (43 Betten am LKH Hall und fünf Plätze im Rahmen der Tagesklinik am LKH Innsbruck) nicht überschritten werden durfte.

Quellen: Tiroler Krankenanstaltenplan; überprüfte Krankenanstalten, Land Tirol; RH

(2) Wie die Tabelle und die ihr zugrunde liegenden Unterlagen zeigen, gab es im Bereich Erwachsene folgende Abweichungen vom Tiroler Krankenanstaltenplan:

- Im Bereich Psychiatrie übertraf an der Universitätsklinik für Psychiatrie I im LKH Innsbruck die Zahl der tatsächlichen Betten (98) die Bettenhöchstzahl von 90.

⁴⁰ Letztere bezogen sich auf das Jahr 2015.

- In den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik waren an den Universitätskliniken für Psychiatrie I und II im LKH Innsbruck durch den Organisationsplan insgesamt 143 Betten „systemisiert“, obwohl im Tiroler Krankenanstaltenplan nur 124 Betten vorgesehen waren.
- Im LKH Hall war die – korrespondierend zum Ausbau der dezentralen stationären (an anderen Tiroler Krankenanstaltenstandorten) bzw. ambulanten psychiatrischen Versorgungsstrukturen vorgesehene – Bettenreduktion noch nicht erfolgt. Die Zahl der tatsächlichen Betten war mit 237 deutlich höher als die Plan–Bettenhöchstzahl von 185.
- Im Bereich Psychosomatik für Erwachsene war im LKH Innsbruck die Organisationsform eines Departements im Sinne des Tiroler Krankenanstaltengesetzes nicht verwirklicht.

(3) Im Bereich Kinder und Jugend war die im Tiroler Krankenanstaltenplan seit 2014 vorgesehene Verschiebung der Psychatriebetten an das LKH Hall noch nicht vollzogen, aber für Herbst 2017 geplant. Auch die Betten für den Bereich Psychosomatik waren künftig im LKH Hall vorzuhalten ([TZ 13](#), [TZ 38](#)).

(4) Die dem RH vorgelegten Statistiken des Landes Tirol waren hinsichtlich der Betten für Psychosomatik Erwachsene widersprüchlich: so wurden 20 „systemisierte“ Betten (zwölf davon tatsächlich aufgestellt) im LKH Hall einerseits als Psychosomatikbetten bezeichnet und auch für die Berechnung der Bettenmessziffer in diesem Bereich berücksichtigt. Tatsächlich handelte es sich dabei aber – in Übereinstimmung mit dem Tiroler Krankenanstaltenplan – um Psychatriebetten.

(5) Widersprüchlich waren auch die Angaben der Tirol Kliniken GmbH und des Landes Tirol zur Frage der Zuordnung der Betten an der Universitätsklinik für Psychiatrie II (Station Psychosomatik V) des LKH Innsbruck. Das Land Tirol ordnete diese Betten dem Bereich Psychosomatik für Erwachsene zu, laut Angaben der Tirol Kliniken GmbH hingegen gab es dort auch Psychatriebetten, wobei keine aktuelle Zahl genannt wurde.

12.2

Der RH hielt fest, dass aus den vom Land Tirol vorgelegten Nachweisen (Organisationsplan für das LKH Innsbruck und Anstaltsordnung für das LKH Hall) zwar die Zahl der als systemisiert bezeichneten Betten ersichtlich war. Er kritisierte aber, dass die eindeutige Zuordnung der Betten zu den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik nicht erkennbar war. Dies widersprach dem Krankenanstaltenrecht und stand einer wirksamen Steuerung der stationären Versorgungsplanung entgegen.

Weiters kritisierte der RH, dass durch den Organisationsplan für die Universitätskliniken für Psychiatrie I und II am LKH Innsbruck 19 Betten mehr als systemisiert bezeichnet waren als im Tiroler Krankenanstaltenplan als rechtsverbindlicher Grundlage für die Bettensystemisierung höchstens vorgesehen waren. Zwar wies der Tiroler Krankenanstaltenplan den Planungshorizont 2018 aus, jedoch war schon in dessen Stammfassung aus dem Jahr 2009, also seit acht Jahren, die derzeit geltende Höchstzahl von 124 Betten ausgewiesen.

Der RH hielt ferner fest, dass die geplante Regionalisierung der stationären psychiatrischen Versorgung insofern noch nicht verwirklicht war, als die – korrespondierend zum Aufbau von Bettenkapazitäten an anderen Tiroler Krankenanstaltenstandorten – vorgesehene Bettenreduktion im LKH Hall nicht vollzogen war.

Bezüglich der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen anerkannte der RH das Bemühen um Schaffung zusätzlicher Kapazitäten im LKH Hall (**TZ 13, TZ 38**).

Der RH wiederholte gegenüber dem Land Tirol seine Empfehlung aus **TZ 9**, auf die Erarbeitung des RSG Tirol für den stationären Bereich in Abstimmung mit dem neuen ÖSG 2017 hinzuwirken; auf Basis der in der Folge verbindlich gemachten Krankenanstaltenplanung wäre eine der verbindlichen Planung entsprechende Systemisierung der Betten bzw. eine Zuordnung der Betten zu den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik vorzunehmen.

Dem Ministerium empfahl der RH eine Klarstellung des Begriffs systemisiertes Bett gegenüber den Ländern. So wäre etwa zu erläutern, ob die bescheidmäßige Genehmigung eines Organisationsplans oder einer Anstaltsordnung als Systemisierung von Betten gewertet werden kann; dies, um etwa für bundesweite Planungen bzw. Planungsvorgaben oder Vergleiche über valide Daten zu verfügen.

12.3

(1) Laut Stellungnahme des Ministeriums sei der Begriff „systemisierte Betten“ in den Dokumentationsvorschriften für die Datenmeldungen auf Grundlage des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen definiert. Im „Handbuch zur Dokumentation – Organisation & Datenverwaltung“ (Ausgabe September 2017) sei unter „Definitionen und Erläuterungen zur Krankenanstalten–Statistik“ der Begriff „systemisierte Betten“ wie folgt definiert: „Betten (inklusive Tagesklinikbetten), die durch sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt sind (mit Bescheid bewilligte Betten, Betten in genehmigten Anstaltsordnungen) oder die im jeweiligen RSG bzw. Landeskrankenanstaltenplan ausgewiesenen Planbetten (Sollstand).“ Dabei sei anzugeben, welche Betten (durch Bescheid bewilligte Betten oder Planbetten) erfasst worden seien.

Weiters sei zu beachten, dass in aller Regel als Basis für Planungen im Krankenanstaltenbereich nicht die systemisierten, sondern die tatsächlich aufgestellten Betten herangezogen würden.

Das Ministerium werde die Länder bzw. Landesgesundheitsfonds auf die geltende Definition bei der Erhebung der systemisierten Betten und deren Anwendung hinweisen.

(2) Das Land Tirol teilte in seiner Stellungnahme mit, dass der Projektplan zur Erarbeitung des „RSG 2025 – stationärer Teil“ in der Landes-Zielsteuerungskommission im Oktober 2017 zustimmend zur Kenntnis genommen worden sei.

Zur Trennung zwischen den Fachrichtungen Psychiatrie und Psychosomatik wies das Land Tirol auf Folgendes hin: Der Versorgungsauftrag der Psychiatrie 2 am LKH Innsbruck umfasse auch die psychiatrische Versorgung der Innsbrucker Bevölkerung. Dies bedeute, dass dieser Einrichtung eine gemischte Aufgabenstellung (Psychiatrie und Psychosomatik) zukomme. Eine Trennung der Psychiatrie 2 in Psychiatriebetten und Psychosomatikbetten würde zu extrem kleinteiligen Organisationsformen führen.

Entscheidend sei die adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten. Das Hauptaugenmerk in der psychosomatischen Versorgung liege bspw. nicht auf der Bezeichnung von Stationen, sondern auf der frühen Erfassung und frühzeitigen Behandlung. Darüber hinaus gebe es die Trennung der beiden Fachrichtungen nur im deutschsprachigen Raum. Eine klare Abgrenzung sei inhaltlich oft nicht möglich. In Tirol sei historisch eine Entwicklung der stationären psychosomatischen Versorgung in Richtung Psychiatrie erfolgt.

Im Rahmen der Erarbeitung des „RSG 2025 – stationärer Teil“ werde eine Auseinandersetzung mit den Anregungen des RH erfolgen; eine entsprechende Evaluierung sei im Rahmen des Planungsprozesses vorgesehen.

(3) Die Tirol Kliniken GmbH führte in ihrer Stellungnahme betreffend eine fehlende eindeutige Zuordnung der Betten zu den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik aus, dass der Sinn einer solchen Unterscheidung nicht klar sei. Dies besonders dann, wenn die Psychosomatik den fachlichen Schwerpunkt einer Abteilung im stationären Bereich darstelle wie eben bei der Universitätsklinik für Psychiatrie II.

Dass in Innsbruck mehr Betten systemisiert waren als im Krankenanstaltenplan vorgesehen hänge unmittelbar damit zusammen, dass das stationäre Angebot einer anderen Tiroler Krankenanstalt noch nicht vollständig umgesetzt sei.

12.4

(1) Gegenüber dem Ministerium wies der RH darauf hin, dass sich die neue Definition der systemisierten Betten im „Handbuch zur Dokumentation – Organisation & Datenverwaltung“ (Ausgabe September 2017) von jener im ÖSG 2017 (beschlossen im Juni 2017) unterschied.

Nach der vom Ministerium angeführten neuen Definition im Handbuch konnten systemisierte Betten entweder sanitätsbehördlich bewilligte Betten oder Planbetten sein. Im Unterschied dazu war gemäß ÖSG 2017 ein systemisiertes Bett ein „im Zuge einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung behördlich genehmigtes Bett“.

Der RH hatte auf diesen Unterschied bereits in seiner Stellungnahme zur ÖSG-Verordnung 2018 der Gesundheitsplanungs GmbH vom Juni 2018 hingewiesen. Nach Ansicht des RH setzte eine bundesweit einheitliche Planung die Verwendung einer einheitlichen Terminologie voraus. Am Beispiel des „systemisierten Betts“ zeigte der RH in seiner Stellungnahme auf, dass eine solche einheitliche Terminologie derzeit nicht gewährleistet war. Aus Sicht des RH könnten der ÖSG und die entsprechende Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH dazu genutzt werden, bundesweit einheitliche, verbindliche Begriffsdefinitionen zu schaffen.

(2) Gegenüber dem Land Tirol und der Tirol Kliniken GmbH wies der RH darauf hin, dass sowohl der ÖSG als auch der Tiroler Krankenanstaltenplan eine Trennung zwischen Psychiatrie und Psychosomatik vorsahen. Auch bei der Berechnung der Bettenmessziffer unterschied der ÖSG zwischen Psychiatrie und Psychosomatik. Diese Vorgaben in den Planungsdokumenten des Bundes und des Landes Tirol legte der RH seinen Analysen zugrunde. Eine Beurteilung der Zweckmäßigkeit der Trennung zwischen Psychiatrie und Psychosomatik war nicht Gegenstand der Gebarungsüberprüfung. Hinsichtlich der nunmehrigen unterschiedlichen Definitionen von systemisierten Betten verwies der RH auf seine Ausführungen gegenüber dem Ministerium.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

13.1

(1) Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sah der ÖSG 2012 ein Bettenmessziffer-Intervall von 0,08 (BMZmin) bis 0,13 (BMZmax) vor, wobei die Werte als Orientierungswerte zu interpretieren waren. Längerfristig sollte der Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen forciert werden; es stand zur Diskussion, dementsprechend in Zukunft die Bettenmessziffer zu senken.

Der ÖSG 2017 schrieb die Bettenmessziffer für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in gleicher Höhe fort; diese sollte bis zum Aufbau stationär ersetzender ambulanter Versorgungsstrukturen gelten. Die Planungsrichtwerte sollten nur in begründeten Ausnahmefällen über- bzw. unterschritten werden.

(2) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung unterschieden sich die stationären Versorgungskapazitäten im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in Kärnten und Tirol deutlich:⁴¹

Tabelle 4: Bettenanzahl und Bettenmessziffer laut ÖSG im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich

	Tirol	Kärnten
	Anzahl	
systemisierte Betten für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2016 (davon tagesklinische Behandlungsplätze)	22 ¹	43 (10) ¹
tatsächliche ² Betten für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2016 (davon tagesklinische Behandlungsplätze)	22	36 (6) ³
Bettenmessziffer 2016 ⁴	0,03	0,08
Soll-Bettenmessziffer gemäß ÖSG (BMZmin – BMZmax)	0,08 – 0,13	

¹ Im Gegensatz zur insgesamt invaliden Datenlage zu den systemisierten Betten (**TZ 11, TZ 12**) waren die die Kinder- und Jugendpsychiatrie betreffenden Angaben so plausibel bzw. durch unterschiedliche Quellen belegt, dass sie für die tabellarische Darstellung der Bettenmessziffer herangezogen werden konnten.

² entspricht den tatsächlich aufgestellten Betten (= Betten, die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren); Bettenschließungen und –sperrungen berücksichtigt

³ Ohne Berücksichtigung der zahlreichen Bettenschließungen an den Wochenenden betrug die Zahl der vorhandenen Betten an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum Klagenfurt 42, davon sechs tagesklinische Behandlungsplätze. Auch unter Zugrundelegung dieser Bettenzahl bliebe die Bettenmessziffer nahezu unverändert. Unter Zugrundelegung der Zahl der tatsächlichen Betten jedoch würde die Bettenmessziffer nur 0,06 betragen.

⁴ berechnet mit systemisierten Betten und Einwohnerzahl von 560.482 in Kärnten und 739.139 in Tirol

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; Länder Kärnten und Tirol; RH

In Kärnten lag die Bettenmessziffer im untersten Bereich des Intervalls des ÖSG und über dem Bundesdurchschnitt von 0,05⁴²; Tirol erreichte weder den Bundesdurchschnitt noch lag es im vorgesehenen Intervall.

Durch den auf dem Areal des LKH Hall geplanten Neubau für die kinder- und jugendpsychiatrische Universitätsklinik (**TZ 38**) war ab Ende 2017 in Tirol – dem aktuellen Tiroler Krankenanstaltenplan entsprechend – mit einer Aufstockung auf 31 Betten und fünf tagesklinische Behandlungsplätze⁴³ für die Kinder- und Jugend-

⁴¹ Für die Psychosomatik Kinder/Jugendliche war sowohl im ÖSG 2012 als auch im ÖSG 2017 ein Intervall von 0,02 bis 0,03 vorgesehen. Dieser Bereich wurde nicht dargestellt, weil die entsprechenden Betten in Kärnten nicht an einer psychiatrischen Abteilung, sondern an der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im LKH Villach verortet waren und in Tirol im Überprüfungszeitraum keine Kinder- und Jugendpsychosomatikbetten ausgewiesen waren.

⁴² Siehe dazu auch die Anfragebeantwortung durch die Bundesministerin für Gesundheit Dr. Sabine Oberhauser, MAS, zu der schriftlichen Anfrage (8908/J) der Abgeordneten Edith Mühlberghuber, Kolleginnen und Kollegen an die Bundesministerin für Gesundheit betreffend Versorgungsmängel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus dem Jahr 2016: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/AB/AB_08542/index.shtml. Der Bundesdurchschnitt von 0,05 bezog sich auf das Jahr 2015.

⁴³ Die tagesklinischen Behandlungsplätze sollten im LKH Innsbruck vorgehalten werden.

psychiatrie zu rechnen. Dadurch würde die Bettenmessziffer 0,05⁴⁴ betragen und die im ÖSG vorgesehene Bettenmessziffer weiterhin nicht erreicht werden.

Das Land Tirol verwies in diesem Zusammenhang auf die wichtige Rolle der ambulanten Versorgung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich und stellte fest, dass – unter Einbeziehung der zusätzlich geplanten zwölf Betten für den Bereich Psychosomatik für Kinder und Jugendliche – die Bettenkapazität für Kinder und Jugendliche insgesamt verdoppelt würde.

13.2

Der RH verwies auf seine kritischen Ausführungen zur Bettenmessziffer (TZ 10). In der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zeigte sich aber – auch vor dem Hintergrund, dass in beiden Ländern die ambulante Versorgung nicht optimal ausgebaut war (TZ 8) – ein deutlicher Unterschied zwischen Kärnten und Tirol, wo mit 0,03 die untere Grenze des BMZ-Soll-Intervalls von 0,08 (und der Bundesdurchschnitt) erheblich unterschritten wurden und auch durch den Neubau der Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Hall keine im Sinne der Bettenmessziffer ausreichende Versorgung zu erwarten war.

Die Begründung des Landes Tirol, wonach die Kapazitäten verdoppelt würden, war für den RH insofern nicht nachvollziehbar, als dabei zwölf Betten für den Bereich Psychosomatik für Kinder und Jugendliche miteinbezogen wurden, die aber einer gesonderten Betrachtung bedurften.⁴⁵

Der RH empfahl daher dem Land Tirol, die für die Kinder- und Jugendpsychiatrie geplante Bettenzahl zu evaluieren und dies nach Inbetriebnahme der neuen Abteilung im LKH Hall regelmäßig zu wiederholen; dies in Abstimmung mit dem neuen ÖSG 2017 und dem geplanten Ausbau bzw. der Verbesserung des Angebots außerhalb der Krankenanstalten, um eine adäquate Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sicherzustellen.

In diesem Zusammenhang verwies der RH auf seine Empfehlung in TZ 8, die bereits im Rahmen des Landes-Zielsteuerungsvertrags 2013 – 2016 geplanten Konzepte (u.a. betreffend die Sicherstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung) in Abstimmung mit dem ÖSG 2017 zu erstellen.

13.3

Laut Stellungnahme des Landes Tirol werde eine Evaluierung der für die Kinder- und Jugendpsychiatrie geplanten Bettenzahl im Rahmen des RSG 2025 erfolgen. In

⁴⁴ Unter der Annahme, dass die in Innsbruck zur Verfügung stehenden fünf tagesklinischen Behandlungsplätze mit dem – günstigsten – Aufwertungsfaktor von 1,5 multipliziert werden könnten, ergäbe sich eine Bettenmessziffer von 0,05 (31 Betten + 7,5 Behandlungsplätze).

⁴⁵ Psychosomatikbetten waren sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene jeweils extra in den (Landes-)Krankenanstaltenplänen ausgewiesen. Auch die Bettenmessziffer wurde getrennt nach Psychiatrie einerseits und Psychosomatik andererseits ermittelt.

der Vergangenheit sei die Konzentration auf der Konzipierung und Umsetzung des Neubaus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Standort des LKH Hall mit der Ausweitung des Angebots gelegen.

Psychiatrische Versorgung in den überprüften Krankenanstalten

Organisation und Angebot der Psychiatrien

14 In den überprüften Krankenanstalten stellten sich die Organisation und das Angebot der psychiatrischen Abteilungen bzw. Universitätskliniken wie folgt dar:

Tabelle 5: Aufbau und Organisation der überprüften psychiatrischen Abteilungen bzw. Universitätskliniken

Krankenanstalt	Abteilungen bzw. Universitätskliniken	Tagesklinik (TK)	Ambulanzen	spezielle Schwerpunkte im stationären Bereich ¹	Anzahl Betten (davon TK) ²
Klinikum Klagenfurt	Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	ja (auch Nachtklinik)	Allgemeine Ambulanz und Spezialambulanzen	Psychosomatik, Alters-/Gerontopsychiatrie, Suchterkrankungen	222 (28)
	Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie	ja	Allgemeine Ambulanz und Spezialambulanzen	–	
LKH Villach	Abteilung für Psychiatrie	nein	Allgemeine Ambulanz und Spezialambulanzen	Psychosomatik, Suchterkrankungen, Elektrokonvulsionstherapie ³	53
LKH Innsbruck	Universitätsklinik für Psychiatrie I	nein	Allgemeine Ambulanz und Spezialambulanzen (Sprechstunden)	Suchterkrankungen, Elektrokonvulsionstherapie ⁴	152 (12)
	Universitätsklinik für Psychiatrie II	ja	Ambulanz für Psychosomatische Medizin mit Spezialsprechstunden	Psychosomatik ⁴	
	Universitätsklinik für Medizinische Psychologie	nein	psychotherapeutische Ambulanz, psychosomatische Schmerzambulanz	kein stationäres Angebot	
	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	nein	Allgemeine Ambulanz und Spezialambulanzen (Sprechstunden)	–	
LKH Hall	Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie A	ja	Allgemeine Ambulanz ⁵ und Spezialambulanzen	Alters-/Gerontopsychiatrie Forensische Psychiatrie ⁶	237 (18)
	Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie B	nein	Allgemeine Ambulanz ⁷ und Drogensprechstunde	Suchterkrankungen	

¹ neben der Akut- und Allgemeinpsychiatrie, die sich mit plötzlich auftretenden (akuten) oder andauernden (chronischen) psychischen Störungen des Erwachsenenalters beschäftigte und überall angeboten wurde

² tatsächlich aufgestellte Betten inklusive tagesklinische Behandlungsplätze im Jahr 2016 ohne Differenzierung zwischen Psychiatrie und Psychosomatik; Bettenschließungen und –sperrungen berücksichtigt

³ Die Elektrokonvulsionstherapie ist eine Methode zur Behandlung bestimmter schwerer psychischer Erkrankungen, bei der unter Kurznarkose durch Stromimpulse ein epileptischer Anfall ausgelöst wird.

⁴ zu den weiteren Schwerpunkten und zur Abgrenzung zwischen den Universitätskliniken für Psychiatrie I und Psychiatrie II siehe **TZ 16**

⁵ gemeinsam mit Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie B

⁶ Die Forensische Psychiatrie befasst sich mit der Begutachtung, Behandlung und Unterbringung von psychisch kranken Straftäterinnen und Straftätern.

⁷ gemeinsam mit Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie A

Die überprüften psychiatrischen Organisationseinheiten unterschieden sich hinsichtlich Größe, Angebot und Schwerpunktsetzungen teilweise deutlich. Neben einer stationären Struktur (ausgenommen die Universitätsklinik für Medizinische Psychologie) verfügten alle überprüften Organisationseinheiten über Ambulanzen; teilweise bestanden auch Tageskliniken, die von Montag bis Freitag geöffnet waren und den Patientinnen und Patienten – zum Teil als Alternative zu einer stationären Behandlung und oft über mehrere Wochen hinweg – Behandlungseinheiten durch ein multiprofessionelles Team anboten.

Die psychiatrischen Universitätskliniken am LKH Innsbruck, die in das Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zusammengefasst waren, stellten insofern einen Sonderfall dar, als sie sowohl eine Organisationseinheit des LKH Innsbruck als auch eine Organisationseinheit der Medizinischen Universität Innsbruck waren, weshalb sie auch Forschungs- und Lehraufgaben zu erfüllen hatten.

Unterschiede zwischen den überprüften Krankenanstalten in der Aufbauorganisation zeigten sich bspw. auch hinsichtlich des angebotenen Konsiliar- bzw. Liaisondienstes und bei der Organisationsstruktur, wie im Folgenden ausgeführt wird.

15.1

(1) Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Diagnosen lagen nicht nur auf psychiatrischen, sondern auch auf somatischen⁴⁶ Abteilungen bzw. Universitätskliniken. Dies etwa dann, wenn sie an einer Krankheit litten, die vordringlich bspw. an einer internen oder chirurgischen Organisationseinheit zu behandeln war oder wenn an der Krankenanstalt keine psychiatrische Abteilung eingerichtet war.

(2) Der ÖSG 2012 sah für das Leistungsangebot von Krankenanstalten mit psychiatrischen Organisationseinheiten die Einrichtung eines Konsiliar- und Liaisondienstes für andere Fachabteilungen vor.

Der ÖSG 2017 enthielt die Formulierung „Konsiliar- und Liaisondienst für Krankenanstalt“; laut Ministerium sollen beide Funktionen sowohl innerhalb der Krankenanstalt als auch für andere Krankenanstalten (ohne psychiatrische Abteilung) geleistet werden.

Weiters sah der ÖSG 2017 erstmals eine allgemeine Definition für den Konsiliardienst und den Liaisondienst vor. Danach bedeutete Konsiliardienst, dass eine Person (aus einer Berufsgruppe) anfragebezogen Patientinnen und Patienten im Rahmen eines stationären Aufenthalts oder ambulanten Kontakts zu einer bestimmten Fragestellung begutachtete; demgegenüber handelte es sich beim Liaisondienst

⁴⁶ somatisch = körperlich; medizinischer Fachbegriff „somatisch“ dient der Abgrenzung zwischen körperlichen bzw. organischen Störungen einerseits und psychischen Erkrankungen andererseits

um eine anfrageunabhängige, regelmäßige Präsenz von entsprechendem Fachpersonal unterschiedlicher Berufsgruppen in Abteilungen, um das dortige Behandlungsteam zu beraten und zu unterstützen.

(3) Im LKH Innsbruck boten sowohl die Universitätsklinik für Psychiatrie II als auch die Universitätsklinik für Medizinische Psychologie Konsiliar-/Liaisondienste an; dies traf auch auf die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu.

In den anderen überprüften Krankenanstalten gab es einen psychiatrischen Konsiliardienst. Weiters betreute psychiatrisches ärztliches Personal des LKH Hall einmal wöchentlich Patientinnen und Patienten einer anderen Krankenanstalt, die über keine psychiatrische Abteilung verfügte.

Im Klinikum Klagenfurt und im LKH Villach war – anders als im LKH Hall – aufgrund wechselnder ärztlicher Zuständigkeit im Konsiliardienst für Erwachsene keine Betreuungskontinuität gegeben; betreffend Kinder und Jugendliche fehlte diese im Klinikum Klagenfurt teilweise. Ein Liaisondienst könne nach Angaben der KABEG im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie aufgrund mangelnder personeller Ressourcen nicht umgesetzt werden, im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum Klagenfurt sei ein solcher geplant.

15.2

Der RH hielt fest, dass die überprüften Abteilungen bzw. Universitätskliniken in unterschiedlichem Ausmaß Konsiliardienste oder Konsiliar-/Liaisondienste für psychisch kranke Menschen auf somatischen Organisationseinheiten erbrachten, und verwies auf die diesbezüglichen Festlegungen des ÖSG für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche.

Er empfahl daher der KABEG und der Tirol Kliniken GmbH in Abstimmung mit dem Ministerium den Auf- bzw. Ausbau von Konsiliar- und Liaisondiensten für psychisch kranke Menschen.

15.3

(1) Laut Stellungnahme des Kärntner Gesundheitsfonds werde im Zuge der Umsetzungsarbeiten zum RSG und der Betrauung der KABEG mit der Durchführung der Ambulatorien in der extramuralen psychiatrischen Versorgung auch eine Neuordnung der Liaison- und Konsiliartätigkeiten für psychisch kranke Menschen sowohl im extra- als auch im intramuralen Bereich erfolgen.

(2) Laut Stellungnahme der KABEG plane das Land Kärnten in Abstimmung mit dem Kärntner Gesundheitsfonds und den Sozialversicherungsträgern die Einrichtung von psychiatrischen Ambulatorien sowohl für Erwachsene als auch für Kinder an den Standorten Klagenfurt und Villach. Diese Ambulatorien sollen wesentliche Versorgungswirkung entfalten. Aufgrund dessen werde sie der Empfehlung der Ein-

richtung bzw. des Ausbaus der Liaisondienste für den extramuralen Bereich nicht nachkommen. Hinsichtlich der Erweiterung von Konsiliardiensten im Klinikum Klagenfurt werde sie jedoch den Empfehlungen des RH folgen, im LKH Villach seien Konsiliardienste bereits flächendeckend in ausreichender Frequenz eingerichtet.

(3) Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH werde ein eventueller zusätzlicher Bedarf an Konsiliar- und Liaisondiensten für psychisch kranke Menschen evaluiert.

15.4

Der RH wies gegenüber der KABEG darauf hin, dass seine Empfehlung auf Krankenanstalten und nicht auf den extramuralen Bereich bezogen war. In diesem Zusammenhang verwies der RH erneut auf die Formulierung im ÖSG 2017 „Konsiliar- und Liaisondienst für Krankenanstalt“ und die Auffassung des Ministeriums, wonach beide Funktionen sowohl innerhalb der Krankenanstalt als auch für andere Krankenanstalten (ohne psychiatrische Abteilung) geleistet werden sollen.

16.1

Im Unterschied zu den anderen überprüften Krankenanstalten gab es am LKH Innsbruck – auch nach der im Februar 2017 erfolgten Organisationsänderung – noch immer vier psychiatrische Universitätskliniken (zusammengefasst als Department Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik). Mit dieser relativ kleinteiligen Organisationsstruktur waren auch Abgrenzungsprobleme bzw. Kompetenzüberschneidungen verbunden:

- Sowohl die Universitätsklinik für Psychiatrie II als auch die Universitätsklinik für Medizinische Psychologie boten einen Liaisondienst für andere Departments an, wobei die Aufteilung dieser Dienste historisch gewachsen und daher teilweise sogar innerhalb einer Universitätsklinik von Station zu Station unterschiedlich war. In manchen Fällen existierten parallele Liaisondienste der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und der Universitätsklinik für Psychiatrie II. Andererseits gab es lange Wartezeiten, z.B. in der Transplantationsmedizin, bzw. war eine begleitende psychiatrisch/psychologische Behandlung dieser Patientinnen und Patienten aufgrund mangelnder Personalressourcen nicht möglich.
- Die Universitätskliniken für Psychiatrie I und für Psychiatrie II waren hinsichtlich ihrer Organisation und ihrer Größe auffallend unterschiedlich: die Universitätsklinik für Psychiatrie I verfügte über 98 Psychatriebetten auf fünf Stationen, die Universitätsklinik für Psychiatrie II war mit 20 Betten auf einer Station und zwölf tagesklinischen Behandlungsplätzen deutlich kleiner. Letztere nahm einerseits Spezialaufgaben in der Psychosomatischen Medizin wahr, andererseits teilten sich beide Universitätskliniken den psychiatrischen Versorgungsauftrag für die Region Innsbruck-Stadt. Hinsichtlich der Zuordnung der Betten zur Psychiatrie bzw. Psychosomatik Erwachsene gab es widersprüchliche Angaben.

16.2 Der RH hielt hinsichtlich der Organisation des Departments Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im LKH Innsbruck kritisch fest, dass dieses auch nach der Organisationsänderung Anfang 2017 noch sehr kleinteilig strukturiert war. Die Universitätsklinik für Psychiatrie II verfügte im Vergleich zur Universitätsklinik für Psychiatrie I über ein deutlich geringeres stationäres Angebot. Im Bereich der Konsiliar- und Liaisondienste gab es Abgrenzungsprobleme bzw. Kompetenzüberschneidungen zwischen der Universitätsklinik für Psychiatrie II und der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie. Andererseits bestand eine Unterversorgung in wichtigen Bereichen (lange Wartezeiten z.B. in der Transplantationsmedizin bzw. fehlende begleitende psychiatrisch/psychologische Behandlung dieser Patientinnen und Patienten).

Der RH empfahl daher der Tirol Kliniken GmbH, gemeinsam mit der Medizinischen Universität Innsbruck zu prüfen, ob nicht eine weniger kleinteilige Organisation eine bessere Kooperation bzw. einen zweckmäßigeren Ressourceneinsatz ermöglichen würde; jedenfalls wären aber geeignete Maßnahmen zu treffen, um die bestehenden Abgrenzungsprobleme bzw. Kompetenzüberschneidungen zu vermeiden sowie die bestehende Wartezeitenproblematik zu lösen.

16.3 Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH werde sie die Empfehlung des RH zum Anlass nehmen, um mit der Medizinischen Universität Innsbruck eine mögliche Neuorganisation des Departments Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zu prüfen.

Leistungskennzahlen

Kosten und LKF-Punkte

17 (1) Die Kosten der überprüften psychiatrischen Organisationseinheiten, die LKF-Punkte (**LKF** = Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung⁴⁷) für die im stationären Bereich erbrachten Leistungen und die Zahl der stationären Patientinnen und Patienten stellten sich für 2013 und 2016 wie folgt dar:

⁴⁷ Stationäre Aufenthalte wurden in Österreich über das LKF-System abgegolten. Ein Krankenhaus erhielt pro Patientin bzw. Patienten einen gewissen Betrag, der sich aus der Diagnose und den erbrachten Leistungen errechnete. Jedem stationären Aufenthalt wurden so „LKF-Punkte“ zugeschrieben. Je nach Bundesland erhielt die Krankenanstalt für stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten einen bestimmten EUR-Betrag pro LKF-Punkt aus dem Landesgesundheitsfonds.

Tabelle 6: Kosten, LKF–Punkte sowie stationäre Patientinnen und Patienten, 2013 und 2016

		2013	2016	Entwicklung 2013 bis 2016	
		in Mio. EUR		in %	
Klinikum Klagenfurt , Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie und Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Gesamtkosten ¹	31,62 ²	30,15 ²	- ²	
	<i>davon Personalkosten</i>	19,36 ²	19,39 ²	- ²	
			Anzahl		in %
	Ambulanzfrequenzen	14.284	15.138	6,0	
	stationäre Patientinnen und Patienten ³	4.421	4.256	-3,7	
	LKF–Punkte ⁴ in Mio.	19,82	19,27	-2,8	
		in Mio. EUR		in %	
LKH Villach , Abteilung für Psychiatrie	Gesamtkosten ¹	6,21	6,72	8,2	
	<i>davon Personalkosten</i>	3,92	4,55 ⁵	16,2	
			Anzahl		in %
	Ambulanzfrequenzen	6.186	5.986	-3,2	
	stationäre Patientinnen und Patienten ³	1.905	1.808	-5,1	
	LKF–Punkte ⁴ in Mio.	5,65	5,79	2,6	
		in Mio. EUR		in %	
LKH Innsbruck , Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Gesamtkosten ¹	24,87	28,68	15,3	
	<i>davon Personalkosten⁶</i>	15,42	17,86	15,8	
			Anzahl		in %
	Ambulanzfrequenzen	66.785	60.394	-9,6	
	stationäre Patientinnen und Patienten ³	2.541	2.727	7,3	
	LKF–Punkte ⁴ in Mio.	12,45	13,04	4,8	
		in Mio. EUR		in %	
LKH Hall , Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie A und B	Gesamtkosten ¹	25,52	28,04	9,9	
	<i>davon Personalkosten</i>	15,97	17,92	12,2	
			Anzahl		in %
	Ambulanzfrequenzen	16.868	21.054	24,8	
	stationäre Patientinnen und Patienten ³	4.649	4.323	-7,0	
	LKF–Punkte ⁴ in Mio.	20,94	20,31	-3,0	

LKF = Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
Rundungsdifferenzen möglich

¹ Kostendarstellung gemäß Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten

² Entwicklung wegen unterschiedlicher Dokumentation bzw. Berechnung des therapeutischen Personals nicht dargestellt

³ einschließlich Tagesklinik

⁴ einschließlich nicht abrechenbarer LKF–Punkte und ohne Gewichtung

⁵ inklusive Reinigung (rd. 105.000 EUR)

⁶ ohne Sozialarbeit

Quellen: KABEG; Tirol Kliniken GmbH; RH

- Die Gesamtkosten der psychiatrischen Abteilungen bzw. Universitätskliniken in den LKH Villach, Innsbruck und Hall stiegen von 2013 bis 2016 um 8 % bis 15 % an; im Klinikum Klagenfurt war – u.a. durch eine Reduktion der kalkulatorischen Abschreibungen (für Gebäude) – tendenziell eine Reduktion der Gesamtkosten erkennbar.
- Die Personalkosten betragen 2016 überall zwischen rd. 62 % und rd. 66 %⁴⁸ der Gesamtkosten. Die Steigerung der Personalkosten in der Abteilung für Psychiatrie des LKH Villach von 2013 bis 2016 war u.a. durch den Anstieg des ärztlichen Personalstands und die Gehaltserhöhung für Ärztinnen und Ärzte (2015) begründet; der Anstieg der Personalkosten an den psychiatrischen Universitätskliniken bzw. Abteilungen des LKH Innsbruck und des LKH Hall um 16 % bzw. 12 % war insbesondere auf die Erhöhung der Ausgleichszulagen für ärztliches Personal und die Einführung eines neuen Gehaltsschemas für Gesundheitsberufe (2015) zurückzuführen.
- Die Zahl der LKF–Punkte für den stationären psychiatrischen Bereich (für alle Psychiatrien einer Krankenanstalt jeweils zusammengefasst) blieb im überprüften Zeitraum relativ konstant. Je stationäre Patientin bzw. stationären Patienten betragen diese LKF–Punkte 2016 zwischen rd. 4.530 (Klinikum Klagenfurt) und rd. 4.780 (LKH Innsbruck), mit rd. 3.200 je stationäre Patientin bzw. stationären Patienten waren sie im LKH Villach deutlich geringer; dies hing – etwa im Vergleich zum Klinikum Klagenfurt – u.a. mit der kürzeren Verweildauer im LKH Villach zusammen.
- Das Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des LKH Innsbruck verzeichnete die höchste Ambulanzfrequenz (2016: rd. 60.000). Die Zahl war um ein Vielfaches höher als die in den Psychiatrien der anderen überprüften Krankenanstalten verzeichneten Ambulanzfrequenzen (LKH Hall: rd. 21.000, Klinikum Klagenfurt: rd. 15.000 und LKH Villach: rd. 6.000). Die hohe Steigerung der Ambulanzfrequenz im LKH Hall war nicht nur auf die gestiegene Nachfrage, sondern auch auf eine thematische Zuordnung von Leistungen außerhalb der Psychiatrie zurückzuführen.⁴⁹

(2) Die KABEG hielt in ihrer Stellungnahme hinsichtlich der Ambulanzfrequenzen fest, dass es in Abhängigkeit der Zuordnung des therapeutischen Personals zu einer verzerrten Darstellung komme. Im Klinikum Klagenfurt würden z.B. die klinischen Psychologinnen und Psychologen auf der Kostenstelle Klinische Psychologie ge-

⁴⁸ für das LKH Villach ohne Reinigungskosten berechnet

⁴⁹ Leistungen des somatischen Bereichs (meist über die Schmerzambulanz oder über die Onkologie zugewiesen), welche von Psychologinnen und Psychologen aufgrund der Nachfrage verstärkt angeboten und für die Psychiatrien dokumentiert wurden; ambulante Leistungen an stationären Patientinnen und Patienten anderer Abteilungen; Drogensprechstunde

poolt. Die durch die erbrachten Leistungen erzeugten Frequenzen würden auch dieser Kostenstelle zugeordnet und nicht auf der psychiatrischen Ambulanz aufscheinen.

Weiters wies die KABEG darauf hin, dass hinsichtlich des Ansatzes von kalkulatorischen Personalkosten (Abfertigungs-, Jubiläumsgeld- und Urlaubsrückstellungen) gemäß Vorgaben der Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung ein breiter Interpretationsspielraum bestehe. Ebenso seien Zuordnungen von Poolkräften unterschiedlich (Primär- oder Sekundärkosten). Vor weiteren Schlussfolgerungen aus den verzeichneten Unterschieden müssten die Detailansätze verglichen werden.

Auslastung und Verweildauer

18.1 (1) Auslastung und Verweildauer stellten sich in den überprüften Krankenanstalten in den Erwachsenenpsychiatrien im Zeitraum 2013 bis 2016 wie folgt dar:

Tabelle 7: Auslastung und Verweildauer – Erwachsenenpsychiatrie

Organisationseinheit		2013	2016	Veränderung
				in %
Klinikum Klagenfurt , Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie (exkl. Tagesklinik ¹)	tatsächliche Betten ²	166	164	-1,2
	stationäre Patientinnen und Patienten	2.806	2.828	0,8
	durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen	19,2	17,1	-10,8
	Auslastung in %	88,7	80,5	-9,3
LKH Villach , Abteilung für Psychiatrie	tatsächliche Betten ²	53	53	–
	stationäre Patientinnen und Patienten	1.905	1.808	-5,1
	durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen	9,4	10,0	6,2
	Auslastung in %	92,8	93,3	0,6
LKH Innsbruck , Universitätsklinik für Psychiatrie I	tatsächliche Betten ²	98	98	–
	stationäre Patientinnen und Patienten	1.955	2.072	6,0
	durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen	13,7	12,7	-7,6
	Auslastung in %	75,0	73,3	-2,3
LKH Innsbruck , Universitätsklinik für Psychiatrie II (exkl. Tagesklinik ¹)	tatsächliche Betten ²	22	20	-9,1
	stationäre Patientinnen und Patienten	336	267	-20,5
	durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen	19,8	22,0	11,3
	Auslastung in %	82,9	80,4	-3,0
LKH Hall , Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie A (exkl. Tagesklinik ¹)	tatsächliche Betten ²	133	123	-7,5
	stationäre Patientinnen und Patienten	2.189	1.975	-9,8
	durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen	18,8	20,9	11,0
	Auslastung in %	85,0	91,7	8,0
LKH Hall , Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie B	tatsächliche Betten ²	96	96	–
	stationäre Patientinnen und Patienten	2.118	2.036	-3,9
	durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen	13,3	14,1	6,6
	Auslastung in %	80,2	81,9	2,2

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Die Tageskliniken sowie die Tag- und Nachtambulanz (Letztere nur im Klinikum Klagenfurt vorhanden) wurden in dieser Übersichtstabelle nicht berücksichtigt.

² entspricht den tatsächlich aufgestellten Betten (= Betten, die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren); Bettenschließungen und -sperrungen berücksichtigt

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

Abgesehen von wenigen Ausnahmen, wie etwa der Verminderung der Zahl der stationären Patientinnen und Patienten in der Universitätsklinik für Psychiatrie II im LKH Innsbruck, gab es 2013 bis 2016 keine wesentlichen Veränderungen bei den angeführten Kennzahlen innerhalb der einzelnen überprüften Organisationseinheiten.

(2) Die geringste Auslastung wies die Universitätsklinik für Psychiatrie I des LKH Innsbruck mit rd. 73 % im Jahr 2016 auf, wobei die Auslastung im Überprüfungszeitraum geringfügig gesunken war. Bedingt war dieser – auch im Vergleich zur österreichweiten durchschnittlichen Auslastung psychiatrischer Einheiten, die im Jahr 2016⁵⁰ bei rd. 86 % lag – relativ geringe Wert u.a. durch die konstant niedrige Auslastung (2016: rd. 65 %) des zur Universitätsklinik für Psychiatrie I gehörenden Therapie- und Gesundheitszentrums Mutters.

Dieses diente der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol-, Spiel- und Kaufsucht) und nahm Patientinnen und Patienten nur geplant auf. Sein Betrieb war – laut Angaben der Internen Revision – vergleichsweise kostenintensiv, weil die Räumlichkeiten angemietet werden mussten und ein ärztlicher Journaldienst vorgehalten werden musste. Die Tirol Kliniken GmbH begründete die niedrige Auslastung damit, dass an Abhängigkeitserkrankungen leidende Patientinnen und Patienten teilweise dazu neigten, vereinbarte Therapien nicht anzutreten bzw. vorzeitig abzubrechen, und dass es in diesen Fällen aufgrund der langen Behandlungsdauer schwierig sei, die Plätze rechtzeitig anderweitig zu vergeben.

(3) Im Österreichvergleich überdurchschnittlich hoch hingegen war – mit steigender Tendenz im Überprüfungszeitraum – die Auslastung an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie A im LKH Hall. Sie betrug für die gesamte Abteilung im Jahr 2016 rd. 92 %. Neben der zum Teil zu mehr als 100 % (2016: 111,5 % bezogen auf 25 Betten; Steigerung seit 2013: 21 %) ausgelasteten Forensik (Behandlung und Unterbringung von psychisch kranken Straftäterinnen und Straftäter)⁵¹ wies insbesondere eine gerontopsychiatrische Station eine sehr hohe Auslastung von rd. 95 % auf.

Die Tirol Kliniken GmbH begründete diesen Wert neben dem großen Bedarf und der hohen Patientenzufriedenheit auch mit der nicht adäquat ausgebauten psychosozialen Versorgung für ältere Patientinnen und Patienten außerhalb der Krankenanstalten.

⁵⁰ Beim Vergleich mit österreichweiten Durchschnittswerten war generell zu berücksichtigen, dass durch Unterschiede bei der Datenermittlung (etwa Berücksichtigung von kurzfristigen Bettensperrungen oder tagesklinischen Behandlungsplätzen oder Nichtberücksichtigung dieser) leichte Unschärfen möglich waren.

⁵¹ Aufgrund ihrer besonderen Stellung (die Kosten für die Behandlung eingewiesener Strafgefangener wurden zur Gänze vom Bund getragen) wurde auf die forensische Station grundsätzlich nicht näher eingegangen. Diese verfügte neben 25 regulären Betten über vier vom LKH Hall als Notbetten bezeichnete Betten, um auf Zuweisungen entsprechend reagieren zu können. Die Auslastung konnte daher mehr als 100 % betragen.

Hinsichtlich der hohen Auslastung der Forensik gab die Tiroler Kliniken GmbH u.a. an, dass alle Patientinnen und Patienten insbesondere vom Gericht bzw. von der Justizanstalt direkt zugewiesen würden und für die Krankenanstalt eine Aufnahme-pflicht bestehe. Verlegungen in andere Maßnahmenvollzugsanstalten seien theo-retisch möglich.⁵² Die Kompetenz der Klassifizierung für eine Anstalt und Verlegung liege zur Gänze beim damaligen Bundesministerium für Justiz. Prinzipiell sei aus ärztlicher Sicht eine „Hierbelassung“ immer dann vorzuziehen, wenn tragende so-ziale Kontakte (Eltern, Geschwister etc.) bestünden und zu erhalten seien.

(4) Eine im Österreichvergleich überdurchschnittlich hohe Auslastung war auch an der Abteilung für Psychiatrie im LKH Villach zu verzeichnen. Sie betrug im Jahr 2016 – mit einer leichten Steigerung im Überprüfungszeitraum – rd. 93 % und war be-gleitet von einer vergleichsweise sehr niedrigen durchschnittlichen Verweildauer von zehn Belagstagen; diese stand in Zusammenhang mit der unzureichenden räumlichen und personellen Ausstattung der Abteilung und den damit verbunde-nen eingeschränkten Unterbringungsmöglichkeiten (TZ 30, TZ 37).

(5) Die Personalressourcen eines Krankenhauses sind üblicherweise auf eine Aus-lastung zwischen 85 % und 90 % ausgerichtet, weshalb eine noch höhere Auslas-tung aufgrund des daraus resultierenden Arbeitsdrucks für das ärztliche und das pflegerische Personal negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität haben kann.⁵³

(6) Die österreichweit durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen in psychiatri-schen und psychosomatischen Einheiten betrug im Jahr 2016 18 Tage. Dieser Wert wurde im Jahr 2016 von vier überprüften psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen unterschritten (Klinikum Klagenfurt, LKH Villach, LKH Innsbruck (Universitätsklinik für Psychiatrie I), LKH Hall (Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie B)).

Die Universitätsklinik für Psychiatrie II im LKH Innsbruck und die Abteilung für Psych-iatrie und Psychotherapie A im LKH Hall hingegen überschritten den Durchschnitts-wert im gesamten Überprüfungszeitraum; dabei ging die relativ hohe durchschnittli-che Verweildauer von 22 Tagen im Jahr 2016 an der Universitätsklinik für Psychiatrie II im LKH Innsbruck mit einer unter dem Österreichdurchschnitt liegenden Auslastung von rd. 80 % und einem starken Rückgang der Zahl der stationären Patientinnen und Patienten sowie der Ambulanzfrequenzen im Überprüfungszeitraum (von 4.490 im Jahr 2013 auf 3.513 im Jahr 2016) einher. Dieser war allerdings von einer – ebenfalls

⁵² insbesondere Justizanstalt Göllersdorf

⁵³ So zeigte eine Studie, bei der Daten von 82.280 Patientinnen und Patienten aus 256 Abteilungen von 83 deutschen Krankenhäusern untersucht wurden, dass bei einer durchschnittlichen Auslastung von über 92,5 % die Mortalitätsrate der Patientinnen und Patienten steigt; siehe Deutsches Ärzteblatt, 2014 (Jahr-gang 111), Heft 19, S. 817.

aus der obigen Tabelle nicht ersichtlichen – starken Steigerung der Zahl der tagesklinischen Patientinnen und Patienten begleitet.

Nähere Ausführungen zur Verweildauer folgen – diagnosebezogen – in **TZ 20**.

18.2

Der RH hielt fest, dass die Auslastung des der Universitätsklinik für Psychiatrie I im LKH Innsbruck zugehörigen Therapie- und Gesundheitszentrums Mutters im gesamten Überprüfungszeitraum vergleichsweise niedrig (2016: rd. 65 %) war.

Der RH empfahl daher der Tirol Kliniken GmbH – vor dem Hintergrund der vergleichsweise hohen Kosten des Therapie- und Gesundheitszentrums Mutters – die rasche Entwicklung und Umsetzung von (organisatorischen) Maßnahmen, um eine qualitätsvolle Versorgung, aber gleichzeitig auch einen wirtschaftlicheren Betrieb sicherzustellen.

In Zusammenhang mit der insgesamt vergleichsweise niedrigen Auslastung des stationären Bereichs der Universitätskliniken für Psychiatrie I und II verwies der RH auf die kleinteilige Struktur des Departments für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im LKH Innsbruck (**TZ 16**) und empfahl der Tirol Kliniken GmbH erneut eine Evaluierung der Organisationsstruktur.

Im Hinblick auf die hohe Auslastung im LKH Villach (rd. 93 %) und im LKH Hall (Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie A, rd. 92 %) wies der RH kritisch darauf hin, dass eine solche aufgrund des daraus resultierenden Arbeitsdrucks auf das ärztliche und das pflegerische Personal negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität haben konnte.

Der RH wertete die hohe Auslastung der Gerontopsychiatrie im LKH Hall u.a. als Indiz für die nicht in erforderlichem Ausmaß ausgebaute psychosoziale Versorgung außerhalb der Krankenanstalten.

Er verwies auf seine Empfehlung zu **TZ 8**, die bereits im Rahmen des Landes-Zielsteuerungsvertrags 2013 – 2016 geplanten Konzepte (u.a. betreffend die Verbesserung der psychischen Gesundheitsversorgung) in Abstimmung mit dem ÖSG 2017 zu erstellen.

Der RH verkannte nicht die Besonderheiten der Forensik; im Hinblick auf die Auslastung dieser Station im LKH Hall von zuletzt 111,5 % empfahl er der Tiroler Kliniken GmbH und dem Land Tirol jedoch, unter Berücksichtigung des Patientenwohls Lösungen zur Senkung der Auslastung bzw. zur Entlastung des Personals zu suchen, um eine hohe Behandlungsqualität gewährleisten zu können.

Bezüglich der in Zusammenhang mit der unzureichenden räumlichen und personellen Ausstattung stehenden hohen Auslastung und niedrigen Verweildauer an der Abteilung für Psychiatrie im LKH Villach verwies der RH auf seine Empfehlung in **TZ 37**, durch geeignete und zeitnahe Maßnahmen sicherzustellen, dass die Abteilung die im RSG Kärnten 2020 vorgesehene psychiatrische Vollversorgung der Versorgungsregion Kärnten West und eine hohe Behandlungsqualität gewährleisten kann.

18.3

(1) Hinsichtlich der Forensik merkte das Land Tirol an, dass über den forensischen Bereich hinaus keine abschließende Aussage gemacht werden könne. In dieser Thematik seien die Zuständigkeiten des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz bzw. der ordentlichen Gerichte berührt. Es sei darauf hinzuweisen, dass in enger Abstimmung mit diesem Ministerium der Bereich der Forensik im Jahre 2013 einem den modernen Anforderungen entsprechenden Neubau zugeführt wurde; dabei sei das Bettenkontingent von vormals 16 auf 25 aufgestockt worden.

(2) Die Tirol Kliniken GmbH wies in ihrer Stellungnahme nochmals darauf hin, dass unter Suchtproblematiken leidende Patientinnen und Patienten zumindest teilweise Vereinbarungen zu Therapieantritten nicht einhalten bzw. diese Therapien vorzeitig abbrechen würden. Damit sei auch eine vergleichsweise niederere Auslastung verbunden. Die Mitternachtsauslastung habe sich u.a. in den ersten beiden Monaten des Jahres 2018 auf ca. 75 % erhöht. Die Empfehlung des RH werde zum Anlass genommen, um gemeinsam mit dem Land Tirol organisatorische Maßnahmen zur Verbesserung der Kostensituation zu prüfen und gegebenenfalls umsetzen.

Weiters wies die Tirol Kliniken GmbH darauf hin, dass die Analysen durchgeführt würden. Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie A habe u.a. auch einen gerontopsychiatrischen Schwerpunkt mit einer längeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der dort betreuten Patientinnen und Patienten. Dies bedinge eine höhere Auslastung als jene Stationen mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer und dafür einer erhöhten Anzahl an Aufnahmen und Entlassungen. Die Auslastung könne daher nur als ein Indikator für die Arbeitsdichte des dort tätigen Personals gesehen werden.

Auf die Besonderheiten der Forensik sei bereits im Zuge der Besprechungen mit dem RH hingewiesen worden. In diesem Zusammenhang scheine insbesondere auch das Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz gefordert zu sein, die zusätzlich erforderlichen Kapazitäten zur Betreuung forensischer Patientinnen und Patienten zu schaffen. Der Personalstand in den jeweiligen Abteilungen werde auf Basis des Arbeitsaufkommens bemessen, um Unter- oder Überversorgung der Patientinnen und Patienten nach Möglichkeit hintanzustellen.

18.4 Der RH wies gegenüber dem Land Tirol und der Tirol Kliniken GmbH erneut darauf hin, dass er die Besonderheiten der Forensik nicht verkannte. Seine Empfehlung war – unabhängig von der diesbezüglichen Zuständigkeit des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz – darauf gerichtet, im Hinblick auf die Auslastung dieser Station im LKH Hall von zuletzt 111,5 % unter Berücksichtigung des Patientenwohls Lösungen zur Senkung der Auslastung bzw. zur Entlastung des Personals zu suchen, um eine hohe Behandlungsqualität gewährleisten zu können.

19 (1) Auslastung und Verweildauer stellten sich in den überprüften Krankenanstalten in den Kinder- und Jugendpsychiatrien im Zeitraum 2013 bis 2016 wie folgt dar:

Tabelle 8: Auslastung und Verweildauer – Kinder- und Jugendpsychiatrie

		2013	2016	Veränderung
		in %		
Klinikum Klagenfurt , Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (exkl. Tagesklinik ¹)	tatsächliche Betten ²	30	30	–
	stationäre Patientinnen und Patienten	677	700	3,4
	durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen	13,0	13,0	–
	Auslastung in %	80,3	83,0	3,3
LKH Innsbruck , Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	tatsächliche Betten ²	22	22	–
	stationäre Patientinnen und Patienten	188	302	60,6
	durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen	28,1	20,1	-28,4
	Auslastung in %	65,9	75,5	14,7

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Die Tagesklinik wurde in dieser Übersichtstabelle nicht berücksichtigt.

² entspricht den tatsächlich aufgestellten Betten (= Betten, die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren); Bettenschließungen und -sperrungen berücksichtigt

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

An der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum Klagenfurt gab es im überprüften Zeitraum geringfügige Änderungen bei den genannten Kennzahlen. Die Auslastung betrug im Jahr 2016 83 % und lag damit über der österreichweiten durchschnittlichen Auslastung der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen von rd. 77 %.⁵⁴ Die durchschnittliche Verweildauer war mit 13 Belagstagen im Jahr 2016 niedriger als der österreichweite Durchschnittswert von rd. 17 Belagstagen.

⁵⁴ Beim Vergleich mit österreichweiten Durchschnittswerten war generell zu berücksichtigen, dass durch Unterschiede bei der Datenermittlung (etwa Berücksichtigung von kurzfristigen Bettensperrungen oder tagesklinischen Behandlungsplätzen oder Nichtberücksichtigung dieser) leichte Unschärfen möglich waren.

Hinsichtlich der Auslastung war zu berücksichtigen, dass Patientinnen und Patienten von Freitagnachmittag bis Montagfrüh beurlaubt wurden, soweit dies der Krankheitsverlauf und die (außer-)familiäre Betreuungssituation zuließen. Dementsprechend wurden regelmäßig Betten über das Wochenende gesperrt, sodass die für die Berechnung der Auslastung⁵⁵ relevante Bettenzahl (30) deutlich unter der Zahl der tatsächlich an der Abteilung vorhandenen Betten (36) lag.

(2) An der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Innsbruck war hingegen im überprüften Zeitraum eine deutliche Steigerung (61 %) der Zahl der stationären Patientinnen und Patienten zu verzeichnen. Diese ging einher mit einer Steigerung der Auslastung (um 15 %) auf 76 % und einer Senkung der durchschnittlichen Verweildauer auf 20,1 Tage (-28 %) im Jahr 2016.⁵⁶

Die Auslastung lag damit knapp unter der österreichweiten durchschnittlichen Auslastung, die durchschnittliche Verweildauer war um rund drei Tage höher. Die Tirol Kliniken GmbH begründete die Steigerung der Auslastung und die Senkung der Verweildauer u.a. mit der Zunahme an Kriseninterventionen mit kürzeren Aufenthalten mit anschließender Versorgung bzw. Weiterbehandlung im ambulanten Bereich sowie mit dem Entfall von Bettensperrungen im Sommer. Auch an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Innsbruck erfolgten Beurlaubungen von Patientinnen und Patienten an den Wochenenden.

Auffallend war – trotz der starken Steigerung im Überprüfungszeitraum – die im Vergleich zur Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum Klagenfurt deutlich niedrigere Zahl an stationär betreuten Patientinnen und Patienten (2016: 302 im Vergleich zu 700 im Klinikum Klagenfurt).⁵⁷ Zu berücksichtigen war dabei, dass im LKH Innsbruck die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen gemäß Unterbringungsgesetz in der Erwachsenenpsychiatrie erfolgen musste (**TZ 31**).

Parallel zur Erhöhung der Zahl der stationären Patientinnen und Patienten sank die Zahl der Ambulanzfrequenzen von 2013 bis 2016 um rd. 29 %⁵⁸; sie war aber mit ca. 9.600 im Jahr 2016 noch immer mehr als doppelt so hoch wie jene in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum Klagenfurt (rd. 4.000 im Jahr 2016).

⁵⁵ Die Auslastung wurde folgendermaßen berechnet: $(\text{Belagstage} \cdot 100) / (\text{Betten} \cdot 365(366))$. Eine niedrigere Bettenzahl bei gleichbleibender Zahl der Belagstage erhöhte daher die Auslastung.

⁵⁶ Im Jahr 2015 betrug die durchschnittliche Verweildauer sogar nur 15 Tage, die Zahl der stationär betreuten Patientinnen und Patienten war mit 391 vergleichsweise hoch.

⁵⁷ dies auch vor dem Hintergrund, dass Tirol eine deutlich höhere Einwohnerzahl als Kärnten aufweist

⁵⁸ Die Senkung der Zahl der Ambulanzfrequenzen war zum Teil auch durch eine Änderung der Verrechnung der Leistungen begründet.

Diagnosebezogene Leistungskennzahlen

20.1 (1) Bezogen auf sechs häufige Hauptdiagnosegruppen in den Erwachsenenpsychiatrien⁵⁹ der überprüften Krankenanstalten (z.B. affektive und schizophrene Psychosen, Alkoholismus) stellten sich die Verweildauern im Jahr 2016 wie folgt dar:

Tabelle 9: Sechs häufige Hauptdiagnosegruppen in der Erwachsenenpsychiatrie – Verweildauer im Jahr 2016

		Affektive Psychosen	Akute exogene Reaktionstypen/ Psychogene Reaktion	Schizophrene Psychosen	Alkoholismus	Neurosen/Persönlichkeitsstörungen/ Essstörungen	Demenzen vom Alzheimer Typ
Klinikum Klagenfurt, Psychiatrie	Fälle ¹ (Anzahl)	1.150	578	567	518	345	165
	Verweildauer ²	25,8	8,4	29,0	10,9	20,1	17,6
	Anteil in % ³	25,4	12,8	12,5	11,5	7,6	3,6
LKH Villach, Psychiatrie	Fälle ¹ (Anzahl)	689	461	287	242	112	44
	Verweildauer ²	15,2	4,8	11,1	10,9	8,8	5,6
	Anteil in % ³	33,1	22,1	13,8	11,6	5,4	2,1
LKH Innsbruck, Psychiatrie I	Fälle ¹ (Anzahl)	459	512	240	156	129	29
	Verweildauer ²	11,6	6,1	19,0	16,3	7,4	11,0
	Anteil in % ³	24,3	27,1	12,7	8,3	6,8	1,5
LKH Innsbruck, Psychiatrie II	Fälle ¹ (Anzahl)	44	46	–	2	92	–
	Verweildauer ²	29,3	20,1	–	39,0	29,3	–
	Anteil in % ³	10,2	10,6	–	0,5	21,2	–
LKH Hall, Psychiatrie A (exkl. Forensik)	Fälle ¹ (Anzahl)	468	479	104	120	78	291
	Verweildauer ²	20,3	12,4	22,5	16,3	18,5	20,3
	Anteil in % ³	21,5	22,1	4,8	5,5	3,6	13,4
LKH Hall, Psychiatrie B	Fälle ¹ (Anzahl)	982	322	144	104	114	–
	Verweildauer ²	13,9	9,4	22,6	20,2	16,0	–
	Anteil in % ³	51,2	16,8	7,5	5,4	5,9	–
Österreich⁴	Verweildauer ²	17,6	6,3	21,9	10,8	12,2	11,1

¹ Anzahl der Aufenthalte im Jahr 2016 nach der jeweiligen Diagnose (Hauptdiagnosegruppe)

² durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen (BT)

³ Anteil der Fälle mit der jeweiligen Diagnose an der Gesamtzahl aller Fälle an der Abteilung im Jahr 2016

⁴ österreichweit durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen im Jahr 2016

Quellen: überprüfte Krankenanstalten, DIAG; RH

⁵⁹ Diagnosebezogene Verweildauern konnten – aufgrund unterschiedlicher Dokumentation im LKF-System – nur für die Erwachsenenpsychiatrie ermittelt werden, nicht aber für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

(2) Es zeigten sich deutliche Unterschiede in der diagnosebezogenen Verweildauer: Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Klagenfurt und die Universitätsklinik für Psychiatrie II im LKH Innsbruck lagen im Jahr 2016 bei allen Diagnosen über dem Österreichdurchschnitt, zum Teil sogar deutlich.

Laut einer im Jahr 2014 im Klinikum Klagenfurt durchgeführten Evaluation der über dem Bundesdurchschnitt liegenden Verweildauern an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie gab es u.a. Probleme mit Nachsorgeeinrichtungen und poststationären Reha-Angeboten; weiters müssten schwer kranke Patientinnen und Patienten aus dem Oberkärntner Raum betreut werden, weil das LKH Villach seinem Versorgungsauftrag aufgrund personeller und struktureller Mängel nicht nachkommen könne (TZ 37).

Darüber hinaus gab es im Klinikum Klagenfurt auch forensische Patientinnen und Patienten; im Jahr 2016 waren es 20 mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 42,5 Tagen. Im Überprüfungszeitraum war eine geringfügige Senkung der diagnosebezogenen Verweildauer an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Klagenfurt zu beobachten.

Die Tirol Kliniken GmbH begründete die vergleichsweise lange Verweildauer an der Universitätsklinik für Psychiatrie II mit Behandlungen von acht bis zwölf Wochen bei Patientinnen und Patienten mit Essstörungen und Stress- und Traumafolgestörungen, bei denen so eine Verbesserung und eindeutige Veränderung im Krankheitsverlauf bewirkt werden könnte.

(3) Die Abteilung für Psychiatrie im LKH Villach und die Universitätsklinik für Psychiatrie I im LKH Innsbruck hingegen lagen – mit jeweils einer Ausnahme – unter dem Österreichdurchschnitt, teilweise sogar deutlich.

(4) Auffällige Unterschiede zeigten sich auch innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen; so betrug die durchschnittliche Verweildauer bei „Affektiven Psychosen“⁶⁰ im Klinikum Klagenfurt 25,8 Tage, an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie B im LKH Hall hingegen – bei etwas geringerer Fallzahl – 13,9 Tage.

Die Verweildauer bei der Diagnosegruppe „Akute exogene Reaktionstypen/Psychogene Reaktion“⁶¹ lag bei Fallzahlen zwischen 322 und 578 zwischen 4,8 Tagen im LKH Villach und 12,4 Tagen an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie A im LKH Hall.

⁶⁰ Affektive Psychosen sind durch eine Veränderung der Stimmung und des Antriebs gekennzeichnet (z.B. Manien, Depressionen, bipolare Störungen).

⁶¹ Organisch bedingte (z.B. durch Hirnerkrankungen oder –verletzungen) psychische Störungen, oft mit Bewusstseinsstrübung (z.B. Delir, Demenz, Verwirrheitszustände)

20.2

Der RH verkannte nicht, dass die überprüften Abteilungen/Universitätskliniken über unterschiedliche Organisationsstrukturen sowie verschiedene Schwerpunktsetzungen und Patientenzahlen verfügten (TZ 14), wodurch die durchschnittliche Verweildauer nur eingeschränkt vergleichbar war. Er wies aber auf deutliche Unterschiede innerhalb einer Diagnosegruppe zwischen den überprüften Abteilungen/Universitätskliniken und auf teilweise starke Abweichungen vom Österreichdurchschnitt hin.

Der RH empfahl daher den überprüften Krankenanstalten, die Ursachen für die über- bzw. unterdurchschnittlichen Verweildauern zu ermitteln und auf Basis der Ergebnisse entsprechende Maßnahmen zu setzen.

Weiters empfahl der RH den Ländern Kärnten und Tirol, diese Ergebnisse gemeinsam mit dem Zielsteuerungspartner auch in Zusammenhang mit der Planung des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebots außerhalb der Krankenanstalten zu berücksichtigen, um eine Versorgung am Best Point of Service sicherzustellen und nicht erforderliche, vergleichsweise teurere Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

20.3

(1) Das Land Kärnten teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Empfehlung des RH Gegenstand der psychiatrischen Planung und Thema der Landes-Zielsteuerung sei.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Kärnten und des Kärntner Gesundheitsfonds erfolge im Zuge der Neuorganisation der psychosozialen Versorgung außerhalb der Krankenanstalten durch die Betrauung der KABEG eine enge Verbindung zum intramuralen Bereich, die eine abgestimmte Versorgung am „Best Point of Service“ ermöglichen soll.

(3) Das Land Tirol teilte in seiner Stellungnahme mit, dass gerade in der Betreuung und Behandlung von Menschen mit psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen die Abstimmung der Behandlung zwischen dem intra- und extramuralen Bereich im Sinn des „Best Point of Service“ sehr wesentlich sei. An der Verbesserung der Behandlungsprozesse werde laufend gearbeitet. Auch im Rahmen des RSG-Prozesses werde die Verweildauer als ein Parameter für die Gesundheitsplanung herangezogen. Generell könne die österreichweite durchschnittliche Verweildauer jedoch nur als Orientierungshilfe angesehen werden. Abweichungen davon seien multifaktoriell bedingt.

(4) Laut Stellungnahme der KABEG zu Tabelle 9 werde in der Rubrik „Fälle (Anzahl)“ die Anzahl an Teilaufenthalten an Funktionscodes ausgewiesen. Die Anzahl an Teilaufenthalten sei stark beeinflusst von der Verlegungspraxis zwischen Funktions-

codes und somit vom jeweiligen Behandlungsprozess im betreffenden Krankenhaus. Der Prozentanteil sei ebenso durch die Anzahl der Teilaufenthalte beeinflusst.

Im Klinikum Klagenfurt würden bei den regelmäßig durchgeführten Abteilungsgesprächen Verweildauern analysiert und besprochen. Hingewiesen werde immer wieder auf die unzureichende extramurale Versorgung für zu entlassende Patientinnen und Patienten. Bei der Analyse der Ergebnisse sei zu berücksichtigen, dass die nach § 429 StPO, § 21 Abs. 1 StGB⁶² sowie die nach dem Unterbringungsgesetz untergebrachten Patientinnen und Patienten aus der allgemeinen Verweildaueranalyse auszunehmen sind, weil diese eine deutlich höhere Verweildauer (Betreuung für bis zu zwei Jahre an der Abteilung) im Vergleich zu den anderen in der Abteilung betreuten Patientinnen und Patienten aufweisen würden.

Die relativ kurze durchschnittliche Verweildauer im LKH Villach erkläre sich aus den häufigen kurzfristigen Kriseninterventionen und Entgiftungen sowie aus der großen Nachfrage bedingt durch das noch nicht planmäßig zur Verfügung stehende Bettenkontingent. Die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten variere in einem sehr breiten Spektrum. Es werde besonderer Wert auf eine ausführliche Vor- und Nachbetreuung sowie auf ein sorgfältiges Nahtstellenmanagement gelegt.

(5) Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH würden die Analysen durchgeführt. Grundsätzlich erfolge die Entlassung von Patientinnen und Patienten aus der Spitalsbehandlung, sobald keine Krankenanstaltenbedürftigkeit mehr vorliege. Zudem erscheine die Orientierung an einem Mittelwert (durchschnittliche Verweildauer) hinterfragenswert.

20.4

Der RH hielt gegenüber dem Land Tirol, der KABEG und der Tirol Kliniken GmbH fest, dass er ausdrücklich auf die unterschiedlichen Organisationsstrukturen sowie verschiedenen Schwerpunktsetzungen und Patientenzahlen der überprüften Abteilungen/Universitätskliniken und die dadurch bedingte eingeschränkte Vergleichbarkeit der durchschnittlichen Verweildauern hingewiesen hatte. Gerade deshalb richtete der RH seine Empfehlung direkt an die überprüften Krankenanstalten, die Ursachen für die über- bzw. unterdurchschnittlichen Verweildauern selbst zu ermitteln und auf Basis der Ergebnisse entsprechende Maßnahmen zu setzen.

Gegenüber der KABEG wies der RH hinsichtlich der nach dem Unterbringungsgesetz untergebrachten Personen weiters darauf hin, dass die diesbezüglichen diagnosebezogenen Verweildauern etwa auch bei den LKH Hall und Innsbruck in den in der Tabelle 9 dargestellten Daten enthalten waren. Weiters hielt der RH fest, dass er die Begründung des Klinikums Klagenfurt für die längeren Verweildauern darstellte; dieses sah die Ursachen auch darin, dass es schwer kranke Patientinnen und

⁶² Anmerkung RH: Diese Bestimmungen regelten die Unterbringung von geistig abnormen Rechtsbrechern.

Patienten aus dem Oberkärntner Raum betreuen müsse, weil das LKH Villach seinem Versorgungsauftrag aufgrund personeller und struktureller Mängel nicht nachkommen könne.

Personalausstattung

21.1 (1) Die Personalausstattung der überprüften Abteilungen bzw. Universitätskliniken stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 10: Bettenanzahl und Personalausstattung (als Jahresdurchschnitt) der psychiatrischen Abteilungen bzw. Universitätskliniken 2016

	Betten ³ (inkl. Tagesklinik)	ärztliches Personal	Pflegepersonal ¹	therapeutisches Personal ²
	Vollzeitäquivalente im Jahresdurchschnitt			
	Anzahl			
Erwachsenenpsychiatrie				
Klinikum Klagenfurt, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	186	27,00	140,09	26,95
LKH Villach, Abteilung für Psychiatrie	53	13,35	34,31	7,61
LKH Innsbruck, Universitätsklinik für Psychiatrie I	98	43,35 ⁴	71,84	26,10 ⁵
LKH Innsbruck, Universitätsklinik für Psychiatrie II	32	5,97 ⁴	17,15	7,20 ⁵
LKH Hall, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie A	141	24,87	100,97	24,98
LKH Hall, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie B	96	18,16	61,04	17,12
Kinder- und Jugendpsychiatrie				
Klinikum Klagenfurt, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie	36	10,00	28,88	15,00
LKH Innsbruck, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	22	8,52 ⁴	19,82	25,34 ⁵

¹ Folgende Berufsgruppen waren erfasst: diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (Allgemein, Psychiatrie, Kinder) sowie Pflegeassistenz.

² Folgende Berufsgruppen waren erfasst: (Klinische) Psychologie, Sozialarbeit, Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.

Die vor allem an den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen beschäftigten Pädagoginnen und Pädagogen sowie Erzieherinnen und Erzieher wurden hier nicht berücksichtigt; siehe dazu die Ausführungen zum LKF-Modell (TZ 27).

³ Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten (= Betten, die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren); Bettenschließungen und -sperrungen berücksichtigt

⁴ Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Universität Innsbruck, bei denen 18 % der Arbeitszeit für Forschungs- und Lehraufgaben zu berücksichtigen waren, wurden zu 100 % in diese Tabelle eingerechnet.

⁵ inklusive Psychologinnen und Psychologen der Medizinischen Universität Innsbruck

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

21.2

Bezogen auf die Bettenzahl ergab die Analyse des RH Folgendes:

- Die Universitätskliniken im LKH Innsbruck waren mit deutlich mehr ärztlichem (ausgenommen die Universitätsklinik für Psychiatrie II) und therapeutischem Personal ausgestattet als die anderen überprüften psychiatrischen Abteilungen. Dabei war zu berücksichtigen, dass an den Universitätskliniken u.a. auch Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Universität Innsbruck beschäftigt waren und diese auch Forschung und Lehre zu betreiben hatten. Weiters waren die Ambulanzfrequenzen an den Universitätskliniken für Psychiatrie I sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie mit rd. 57.000 (2016) im Vergleich zu den anderen überprüften Organisationseinheiten sehr hoch.
- Die Abteilung für Psychiatrie am LKH Villach verfügte im Vergleich zur Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Klagenfurt über deutlich mehr ärztliches Personal, andererseits über weniger Pflegepersonal.
- Bezüglich der großen Unterschiede in der Personalausstattung zwischen der Universitätsklinik für Psychiatrie I und der Universitätsklinik für Psychiatrie II am LKH Innsbruck, war festzustellen, dass innerhalb des Departments für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vor allem das ärztliche Personal insofern nicht vollständig den einzelnen Universitätskliniken zuzuordnen war, als etwa die Einteilung für Nacht- und Wochenenddienste zentral über das Department erfolgte und Personal – in geringem Ausmaß – auch einer sogenannten Gemeinsamen Einrichtung zugeordnet war.
- Die Universitätsklinik für Psychiatrie I verfügte auch über deutlich mehr Ambulanzen als die Universitätsklinik für Psychiatrie II und verzeichnete im Jahr 2016 ungleich höhere Ambulanzfrequenzen (mehr als das Dreizehnfache der Universitätsklinik für Psychiatrie II).
- An den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen bzw. Universitätskliniken stand mehr Personal pro Bett zur Verfügung als an den Erwachsenenpsychiatrien. Dies betraf sowohl das ärztliche und pflegerische als auch das therapeutische Personal und stand auch in Zusammenhang mit den Vorgaben des LKF-Modells (TZ 26).

Hinsichtlich der nach dem LKF-Modell geforderten Mindestpersonalausstattung verwies der RH auf seine Ausführungen und Empfehlungen zu TZ 23 bis TZ 27.

Zu den auffälligen Unterschieden zwischen der Universitätsklinik für Psychiatrie I und der Universitätsklinik für Psychiatrie II am LKH Innsbruck verwies der RH neuerlich auf seine Ausführungen zur Departmentstruktur (TZ 16).

Abrechnung der Leistungen gemäß dem LKF–Modell

Allgemeines

- 22** Die Bepunktung von stationären Krankenhausaufenthalten erfolgte nach dem LKF–Modell (Fallpauschalensystem). Zwar war die Bepunktung gemäß dem LKF–System bundeseinheitlich, doch konnte sich – bei der Verteilung der Geldmittel aus den Gesundheitsfonds auf die Rechtsträger der Krankenanstalten – der Gegenwert der Punkte in EUR (Punktwert) länderweise unterscheiden.⁶³

Erwachsenenpsychiatrie – Überblick

- 23** (1) Für psychiatrische Abteilungen bzw. Stationen für Erwachsene sahen die LKF–Modelle von 2009 bis 2016 eine – durch die jeweilige Landesgesundheitsplattform zu genehmigende – Einstufung in Abteilungsgruppe⁶⁴ 01 bzw. 02 vor. Bei überwiegendem Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung oder Station mit einer genehmigten Einstufung in die Gruppen 01 bzw. 02 kamen differenzierte LDF–Pauschalen⁶⁵ für psychiatrische Diagnosen⁶⁶ zur Anwendung.

Für die Abteilungsgruppe 01 empfahl das LKF–Modell eine Mindestpersonalausstattung⁶⁷, für die Abteilungsgruppe 02 war eine im Vergleich zu 01 höhere Mindestpersonalausstattung verbindlich vorgegeben. An therapeutischem Personal (Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie, Sport–, Kunst– und Musiktherapie) waren in der Abteilungsgruppe 02 in Summe 1,5 VZÄ pro zehn tatsächlich aufgestellten Betten oder alternativ 2.340 Stunden pro zehn tatsächlich aufgestellten Betten und Jahr erforderlich.⁶⁸

⁶³ Dies ergab sich daraus, dass der Kernbereich im Landesgesundheitsfonds länderweise unterschiedlich dotiert war.

⁶⁴ Im LKF–Modell wurden die psychiatrischen Einheiten nach bestimmten Kriterien in Abteilungsgruppe 01 und Abteilungsgruppe 02 sowie in tagesklinisch und tagesstrukturierend eingestuft. Die Einstufung in eine Abteilungsgruppe führte zu höheren Fallpauschalen (im Vergleich zur Grundstufe).

⁶⁵ Im LKF–Modell wurden stationäre Krankenhausaufenthalte auf Grundlage der in den Krankenanstalten erfassten Daten in leistungsorientierte Diagnosenfallpauschalen (LDFs) gruppiert.

⁶⁶ Hauptdiagnosegruppe 20.XX

⁶⁷ Ärztinnen/Ärzte: 1,0 VZÄ pro zehn tatsächlich aufgestellten Betten; Gesundheits– und Krankenpflegepersonen: 4,5 VZÄ pro zehn tatsächlich aufgestellten Betten (bei Stationen der Psychosomatik/Psychotherapie konnte nach unten abgewichen werden); therapeutisches Personal (Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie, Sport–, Kunst– und Musiktherapie) in Summe: 1,5 VZÄ pro zehn tatsächlich aufgestellten Betten oder alternativ 2.340 Stunden pro zehn tatsächlich aufgestellten Betten und Jahr

⁶⁸ weiters: Ärztinnen/Ärzte: 1,5 VZÄ pro zehn tatsächlich aufgestellten Betten; Gesundheits– und Krankenpflegepersonen: 6,7 VZÄ pro zehn tatsächlich aufgestellten Betten (bei Stationen der Psychosomatik/Psychotherapie konnte nach unten abgewichen werden)

Stationäre Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie waren nach den entsprechenden Kriterien ebenfalls in die Abteilungsgruppe 01 oder 02 einzustufen.

(2) Das LKF-Modell 2017 sah nur mehr die Abteilungsgruppe 01 vor; die nunmehr für die Abteilungsgruppe 01 verbindlich festgelegte Mindestpersonalausstattung entsprach jener der bisherigen Abteilungsgruppe 02. Bei Nichterfüllung der verbindlichen Mindestpersonalausstattung stand weiterhin die sogenannte Grundstufe (ohne höhere Fallpauschalen) zur Verfügung.⁶⁹

Erwachsenenpsychiatrie in Kärnten

24.1

(1) Die KABEG beantragte im Mai 2009, in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Klagenfurt 100 Betten in die Abteilungsgruppe 02 und 66 Betten in die Abteilungsgruppe 01 einzustufen. Des Weiteren beantragte die KABEG, 25 Psychiatriebetten am LKH Villach⁷⁰ in die Abteilungsgruppe 02⁷¹ und 24 Betten in die Abteilungsgruppe 01 einzustufen. Die Kärntner Gesundheitsplattform genehmigte die beantragte Einstufung mit Beschluss vom Juni 2009.

(2) Mehrere Stationen der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Klagenfurt waren nicht fix einer Abteilungsgruppe zugeordnet. Die Zugehörigkeit zur Abteilungsgruppe (01 bzw. 02) erfolgte in diesen Stationen individuell nach der Schwere der Erkrankung der jeweiligen Patientin bzw. des jeweiligen Patienten.

Im Jahr 2016 führte das Klinikum Klagenfurt an fünf Stationen der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie sowohl Betten der Abteilungsgruppe 01 als auch der Abteilungsgruppe 02. Die KABEG bildete für die Betten der Abteilungsgruppe 01 und der Abteilungsgruppe 02 jeweils eigene Kostenstellen. Auf Patientinnen und Patienten, die im Klinikum Klagenfurt in den geschlossenen Stationen (Unterbringung gemäß Unterbringungsgesetz) bzw. in der Aufnahme-Station für Krisenintervention betreut wurden, kam generell die Abteilungsgruppe 02 zur Anwendung.

⁶⁹ Im Folgenden wurden grundsätzliche Fragestellungen überprüft bzw. behandelt, nicht jedoch die konkrete Erfüllung der Mindestpersonalausstattung in den Erwachsenenpsychiatrien im überprüften Zeitraum.

⁷⁰ Zu diesem Zeitpunkt waren die Psychiatriebetten noch Bestandteil der Abteilung für Neurologie und Psychosomatik – Psychiatrie. Die dargestellte Einstufung in die Abteilungsgruppen 01 bzw. 02 übernahm die KABEG in der Folge rückwirkend für die mit 1. März 2010 eingerichtete Abteilung für Psychiatrie des LKH Villach, nachdem sich der Kärntner Gesundheitsfonds zu einem Antrag auf Einstufung sämtlicher Betten in Abteilungsgruppe 02 ablehnend geäußert hatte.

⁷¹ Als weitere Voraussetzung für die Einstufung in die Abteilungsgruppe 02 (nunmehr 01) sah das LKF-Modell vor, dass die Abteilung einen psychiatrischen Vollversorgungsauftrag inklusive Unterbringung aufwies. Der Kärntner Gesundheitsfonds sah diese Voraussetzung auch durch das LKH Villach erfüllt (**TZ 30, TZ 37**).

Im LKH Villach erfolgte hingegen eine fixe Zuordnung der Stationen zu den Abteilungsgruppen (01 bzw. 02).

(3) Im überprüften Zeitraum (bis 2016) blieb die Einstufung in Abteilungsgruppen im Wesentlichen unverändert.⁷² Was das therapeutische Personal anbelangt, so verfügten die überprüften psychiatrischen Abteilungen teilweise etwa über keine Musik- und Kunsttherapeutinnen und -therapeuten oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten; dies wurde vor allem damit begründet, dass diese durch andere Therapeutinnen und Therapeuten ersetzt würden.

Aus den dem RH vorgelegten Unterlagen ergab sich nicht, dass der Kärntner Gesundheitsfonds die Einhaltung der im LKF-Modell vorgesehenen Mindestpersonalausstattung für die Einstufung in die Abteilungsgruppe 02 überprüfte.

24.2

Der RH hielt kritisch fest, dass mehrere Stationen der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Klagenfurt nicht fix einer Abteilungsgruppe zugeordnet waren, sondern die Zuordnung zu den Abteilungsgruppen individuell für die einzelnen Patientinnen und Patienten nach der Schwere ihrer Erkrankung erfolgte. Diese Vorgangsweise entsprach nicht dem LKF-Modell, das bei der Zuordnung zu den Abteilungsgruppen (01 bzw. 02)⁷³ nicht auf die Schwere der Erkrankung, sondern auf den überwiegenden Aufenthalt an einer psychiatrischen Abteilung oder Station mit einer genehmigten Einstufung in die Gruppen (01 bzw. 02) abstellte.

Der RH beurteilte weiters kritisch, dass der Kärntner Gesundheitsfonds keine Nachweise vorlegte, dass er die Einhaltung der im LKF-Modell vorgesehenen Mindestpersonalausstattung für die Einstufung in die Abteilungsgruppe 02 überprüfte.

Der RH empfahl dem Kärntner Gesundheitsfonds,

- eine Zuordnung der psychiatrischen Stationen bzw. Abteilungen zur nunmehrigen Abteilungsgruppe 01 dergestalt vorzunehmen, dass sie nicht individuell auf die Schwere der Erkrankung der Patientin bzw. des Patienten, sondern auf die (Mindest-)Personalausstattung der Station abstellt, auf der sich diese bzw. dieser überwiegend aufhält, und

⁷² Eine Änderung bestand darin, dass das Klinikum Klagenfurt im Jahr 2013 eigene psychosomatische Kostenstellen für die Abteilungsgruppen 01 und 02 anlegte – die Gesamtzahl der in die Abteilungsgruppen 01 bzw. 02 eingereichten Betten blieb jedoch unverändert.

⁷³ Gilt auch für das LKF-Modell 2017.

- auf die Einhaltung der im LKF–Modell verbindlich vorgesehenen Voraussetzungen für die Einstufung in die nunmehrige Abteilungsgruppe 01 zu achten und diese in regelmäßigen Zeitabständen nachweislich zu überprüfen; dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der Neueinstufung aufgrund des LKF–Modells 2017.

Weiters hielt der RH fest, dass an den überprüften Abteilungen im Bereich des therapeutischen Personals nicht alle im LKF–Modell aufgelisteten Berufsgruppen zur Verfügung standen.

Der RH empfahl dem Ministerium, auf eine Klarstellung hinzuwirken, in welcher Weise die im LKF–Modell beim therapeutischen Personal der nunmehrigen Abteilungsgruppe 01 angeführten Berufsgruppen (alle oder abhängig vom Leistungsangebot und vom Patientenbedarf) zur Verfügung zu stellen waren.⁷⁴

24.3

(1) Laut Stellungnahme des Ministeriums könne die Zusammensetzung des therapeutischen Personals in der nunmehrigen Abteilungsgruppe 01 in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot festgelegt werden (siehe auch ÖSG 2017), müsse aber mindestens 1,5 VZÄ pro zehn Betten betragen. Die Festlegung auf eine Mindestzahl ergebe sich aus der Verwendung für die Abrechnung, für die eine vergleichbare Kalkulationsgrundlage zu schaffen war.

Das Ministerium hielt weiters fest, dass es in den gemeinsamen für LKF–Fragen zuständigen Arbeitsgremien die Anwendung der diesbezüglichen Regelungen besprechen und im Zuge der nächsten Aussendung von LKF–Unterlagen die Länder/Landesgesundheitsfonds auf die geltenden Regelungen und deren korrekte Handhabung erneut hinweisen werde.

(2) Laut Stellungnahme des Kärntner Gesundheitsfonds habe er bereits in dem in Rede stehenden Prüfzeitraum die Einstufung der psychiatrischen Versorgung nach dem ÖSG und dem bundesweiten LKF–Modell durch einen Beschluss der Gesundheitsplattform den Krankenanstalten verbindlich vorgegeben. Die betreffenden Krankenanstalten hätten hierbei die ordnungsgemäßen Einstufungen bestätigt.

Weiters sagte der Kärntner Gesundheitsfonds die Umsetzung der Empfehlungen des RH zu. Der Beschluss der Gesundheitsplattform (Juni 2017) über die Neueinstufung und die damit zusammenhängende Mindestpersonalausstattung im psychiat-

⁷⁴ Dies auch vor dem Hintergrund, dass der ÖSG 2017 bei den spezifischen Qualitätskriterien für die Erwachsenenpsychiatrie Folgendes vorsah: „Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) im Team mit Diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, insbesondere mit Grund- oder Sonderausbildung in Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege sowie Personal für Klinische Psychologie, Psychotherapie, Diätologie, Ergotherapie, Musiktherapie, Physiotherapie/Sport- und Bewegungstherapie, Sozialarbeit, klinische Pharmazie“.

rischen Bereich sei den betroffenen Krankenanstalten bereits zeitnah mitgeteilt worden.

Die Einhaltung der Vorgaben des ÖSG 2017 bzw. des LKF-Modells in den entsprechenden Abteilungen der Krankenanstalten werde 2018 durch den Kärntner Gesundheitsfonds überprüft. Auch in Zukunft würden Einstufungskontrollen, im Rahmen organisatorischer Möglichkeiten, in den psychiatrischen Abteilungen durchgeführt werden.

(3) Laut Stellungnahme der KABEG seien mit 1. Jänner 2017 die Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie gesamthaft in der Stufe 01 eingestuft; damit entfielen die unterschiedlichen Einstufungen der Patientinnen und Patienten auf einer Station. Die Einstufung sei seitens des Kärntner Gesundheitsfonds unter der Voraussetzung, dass die LKF-Kriterien eingehalten würden, genehmigt worden. Eine Überprüfung finde derzeit in der jährlichen Stichprobenüberprüfung auf Einzelfallbasis statt.

Weder im ÖSG 2017 noch im LKF-Modell 2017/2018 sei festgehalten, dass alle Berufsgruppen zur Verfügung stehen müssten. In beiden Dokumenten werde auf ein multiprofessionelles Team hingewiesen, jedoch ohne eindeutige Vorgaben der Zusammensetzung bzw. Mindestbesetzung. Weiteres werde im LKF-Modell 2017/2018 zwischen Mindestkriterien und empfohlenen Kriterien unterscheiden, sodass hier diverse Interpretationen möglich seien. Dies führe vor allem bei Überprüfungen der Personalbesetzung zu Diskussionen, weil keine Rechtssicherheit bestehe.

24.4

(1) Der RH wies gegenüber dem Kärntner Gesundheitsfonds und der KABEG darauf hin, dass an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Klagenfurt auch nach dem 1. Jänner 2017 mehrere Stationen nicht ausschließlich der nunmehrigen Abteilungsgruppe 01 zugeordnet waren. Zwar waren die Psychiatriebetten seit 1. Jänner 2017 zur Gänze in die Abteilungsgruppe 01 eingestuft, doch führten mehrere Stationen neben den Psychiatriebetten auch Betten für Psychosomatik und Psychotherapie.

Während die psychiatrischen Patientinnen und Patienten nach der Abteilungsgruppe 01 abzurechnen waren, hatte die Abrechnung der Psychosomatik-Patientinnen und Patienten als „stationäre Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO)“ zu erfolgen. Für die Abteilungsgruppe 01 war eine im Vergleich zur PSO höhere Mindestpersonalausstattung verbindlich vorgegeben. Aus der dargestellten teilweisen „Vermischung“ von Psychiatrie- und Psychosomatikbetten resultierte nach Ansicht des RH an mehreren Stationen die Abrechnung individuell nach der Art der Erkrankung. Das LKF-Modell stellte jedoch auf den

überwiegenden Aufenthalt auf Abteilungen bzw. Stationen der Abteilungsgruppe 01 (bzw. auf stationären Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und Psychotherapie) ab. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest, eine eindeutige Zuordnung der Stationen bzw. Abteilungen zur nunmehrigen Abteilungsgruppe 01 vorzunehmen.

(2) Weiters wies der RH die KABEG auf die Stellungnahme des Ministeriums zur Zusammensetzung des therapeutischen Personals in der Abteilungsgruppe 01 hin. Ferner teilte er der KABEG mit, dass das Ministerium eine verstärkte Information bzw. Diskussion über LKF–Auslegungsfragen beabsichtige.

Erwachsenenpsychiatrie in Tirol

25.1

(1) Aufgrund eines Antrags der Tirol Kliniken GmbH vom November 2008 genehmigte die Tiroler Gesundheitsplattform die Einstufung

- von fünf Stationen der Universitätskliniken für Psychiatrie (Erwachsene) des LKH Innsbruck in Abteilungsgruppe 02 und von einer Station (Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters) in Abteilungsgruppe 01 und
- der Abteilungen für Psychiatrie (Erwachsene) des LKH Hall (ohne Forensik und Tagesklinik) in Abteilungsgruppe 02 und von zwei Stationen⁷⁵ in Abteilungsgruppe 01.

Nach Ansicht der Tirol Kliniken GmbH erfüllten die Universitätskliniken des LKH Innsbruck und die psychiatrischen Abteilungen des LKH Hall die Anforderungen für die Einstufung in die Abteilungsgruppe 02 hinsichtlich der Ausstattung mit ärztlichem Personal sowie mit Gesundheits- und Krankenpflegepersonen.⁷⁶

Das therapeutische Personal der psychiatrischen Abteilungen des LKH Hall erfüllte die Kriterien für sich allein genommen nicht. Die Tirol Kliniken GmbH führte diesbezüglich in ihrem Antrag aus, dass das ärztliche und das therapeutische Personal (für beide Abteilungen zusammengerechnet) in Summe die Kriterien erfüllten (zusammen drei VZÄ pro zehn aufgestellten Betten).⁷⁷ Die meisten Ärztinnen und Ärzte hätten dem Schreiben der Tirol Kliniken GmbH zufolge eine psychotherapeutische Zusatzausbildung und würden auch psychotherapeutisch mit den Patientinnen und

⁷⁵ damalige Station A7 – Sozialpsychiatrie und Station B4 – Alkohol- und Medikamentenentwöhnung

⁷⁶ Hinsichtlich der einzelnen Stationen waren die Anforderungen für die Einstufung in die Abteilungsgruppe 02 nicht durchwegs erfüllt, nur die Summe der in die Abteilungsgruppe 02 einzustufenden Stationen erfüllte jeweils diese Anforderungen.

⁷⁷ Die Tirol Kliniken GmbH hielt die gesamthafte Betrachtung der Primariate A und B aufgrund der internen Differenzierungen und der Vielzahl an Spezialisierungen für gerechtfertigt und notwendig.

Patienten arbeiten. Das Schreiben enthielt jedoch keine Belege, mit welcher Qualifikation und in welchem Umfang die Ärztinnen und Ärzte tatsächlich psychotherapeutisch tätig waren.

(2) Für die Folgejahre ersuchte die Tirol Kliniken GmbH um Beibehaltung der bisherigen Einstufung in Abteilungsgruppen. Die Einstufung blieb gemäß diesen Ersuchen bis 2016 unverändert.

(3) Auf Anforderung allfälliger Unterlagen betreffend Überprüfungen dieser Einstufungen durch den RH legte der Tiroler Gesundheitsfonds eine nachträglich erstellte Aufarbeitung der Daten für das Jahr 2015 vor. Dieser zufolge wurden nicht nur am LKH Hall, sondern auch am LKH Innsbruck die Ärztinnen und Ärzte in die Berechnung des therapeutischen Personals einbezogen. Außerdem zeigte die Aufarbeitung, dass einzelne Stationen manche verbindlichen Vorgaben des LKF-Modells nicht zur Gänze erfüllten; diese würden etwa durch Personal anderer Stationen unterstützt werden.

Der Tiroler Gesundheitsfonds führte weiters aus, dass er Überprüfungen auf Basis der Jahresdaten, jedoch keine unterjährigen Detailprüfungen durchführte. Er legte dem RH aber keine Unterlagen bzw. Nachweise zu diesen Überprüfungen auf Basis der Jahresdaten vor.

(4) Abgesehen von der Einberechnung von ärztlichem in das therapeutische Personal waren auch in den überprüften Universitätskliniken bzw. Abteilungen der Tirol Kliniken GmbH in Bezug auf das therapeutische Personal teilweise manche der im LKF-Modell für die nunmehrige Abteilungsgruppe 01 aufgelisteten Berufsgruppen nicht vertreten (z.B. Musik- und Kunsttherapie).

25.2

Der RH verwies kritisch darauf, dass mangels entsprechender Belege nicht nachvollziehbar war, mit welcher Qualifikation und in welchem Umfang die Ärztinnen und Ärzte der überprüften Universitätskliniken und Abteilungen der Tirol Kliniken GmbH tatsächlich psychotherapeutisch tätig waren. Die Ausführungen im Antrag der Tirol Kliniken GmbH, wonach das ärztliche und das therapeutische Personal in Summe (und für beide Abteilungen des LKH Hall zusammengerechnet) die Mindestpersonalkriterien erfüllten, reichten nach Ansicht des RH als Nachweis der für die Abteilungsgruppe 02 geforderten Mindestpersonalausstattung nicht aus.

Der RH beurteilte ferner kritisch, dass der Tiroler Gesundheitsfonds keine Nachweise vorlegte, dass er die Einhaltung der im LKF-Modell vorgesehenen Mindestpersonalausstattung für die Einstufung in die Abteilungsgruppe 02 überprüft hatte. Weiters hielt der RH fest, dass laut Datenaufarbeitung des Tiroler Gesundheitsfonds für 2015 einzelne Stationen manche verbindlichen Vorgaben des LKF-Modells nicht

zur Gänze erfüllt; diese würden etwa durch Personal anderer Stationen unterstützt werden.

Der RH empfahl dem Tiroler Gesundheitsfonds

- mit dem Ministerium zu klären, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen die Anerkennung von ärztlichen Leistungen als Leistungen des therapeutischen Personals im Sinne der LKF-Kriterien und die Anerkennung von personellen Unterstützungsleistungen durch andere Stationen bzw. eine gesamthafte Berechnung dem LKF-Modell entsprachen,
- für den Fall, dass ärztliche Leistungen als Leistungen von Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne der LKF-Kriterien anerkannt werden können, Nachweise zu fordern, mit welcher Qualifikation und in welchem Umfang die Ärztinnen und Ärzte tatsächlich psychotherapeutisch tätig waren, und
- auf die Einhaltung der im LKF-Modell verbindlich vorgesehenen Voraussetzungen für die Einstufung in die nunmehrige Abteilungsgruppe 01 zu achten und diese in regelmäßigen Zeitabständen nachweislich zu überprüfen; dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der Neueinstufung aufgrund des LKF-Modells 2017.

Weiters hielt der RH fest, dass auch an den überprüften Universitätskliniken bzw. Abteilungen im Bereich des therapeutischen Personals nicht alle im LKF-Modell aufgelisteten Berufsgruppen zur Verfügung standen. Diesbezüglich verwies er auf seine Empfehlung an das Ministerium (**TZ 24**), auf eine entsprechende Klarstellung hinzuwirken.

25.3

(1) Laut Stellungnahme des Landes Tirol sei insbesondere im Bereich der Therapien zu beachten, dass das Personal nicht zur Gänze aus den Daten der jeweiligen Station ersichtlich sei, sondern sich vielmehr auch unter Bezugnahme auf andere Kostenstellen (z.B. Physikalische Medizin, Sozialdienste etc.) ableiten lasse. Es komme immer wieder vor, dass aus persönlichen Gründen ungeplant Stellen für einige Zeit nicht besetzt werden könnten. Bei der Gesamtbetrachtung aller relevanten Kostenstellen zeige sich, dass die erforderliche Personalausstattung vorliege. Natürlich würden Fachärztinnen und –ärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Psychotherapie ausgebildet und diese Tätigkeit werde auch im Rahmen ihrer fachärztlichen Arbeit ausgeübt. Dieser Umstand sei bei der Prüfung der Daten mitberücksichtigt worden. Das Thema sei bereits früher im Rahmen der entsprechenden Arbeitsgruppen auf Bundesebene besprochen worden.

In der Zuordnung zu Funktionscodes in der Krankenanstalten–Dokumentation sei eine Unschärfe bekannt. Es werde aus Ressourcengründen (Zeitaufwand, Personalressourcen) anhand von Stichproben eine grobe Prüfung vorgenommen. Ein neues Prüfkonzept liege jedoch vor.

(2) Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH würden Fachärztinnen und –ärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin im Sinne einer Psychotherapie tätig werden. Eine gesonderte Aufzeichnung, in welchem Ausmaß diese Aufgaben in der Psychotherapie wahrnehmen, erschiene mit einem überbordenden administrativen Aufwand verbunden und könne nicht im Sinne einer effizienten Patientenversorgung argumentiert werden. Laut Tirol Kliniken GmbH würden die in diesem Zusammenhang angegebenen Werte Schätzungen entsprechen, die aus Rückmeldungen der Fachärztinnen und –ärzte abgeleitet würden. Die Kollegiale Führung des LKH Hall habe auch immer versucht, ärztliches und therapeutisches Personal flexibel über Stationen und Abteilungen zum Einsatz zu bringen. Gerade auch deshalb, um im Fall von Urlauben, Krankenständen und sonstigen Abwesenheiten eine kontinuierliche Patientenversorgung zu gewährleisten.

25.4

Gegenüber dem Land Tirol und der Tirol Kliniken GmbH hielt der RH fest, dass das LKF–Modell keine Hinweise darauf enthielt, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen die Anerkennung von ärztlichen Leistungen als Leistungen des therapeutischen Personals im Sinne der LKF–Kriterien und die Anerkennung von personellen Unterstützungsleistungen durch andere Stationen bzw. eine gesamthafte Berechnung dem LKF–Modell entsprachen. Die Klärung dieser Fragestellungen sowie entsprechende Nachweise waren aus Sicht des RH erforderlich, um die Erfüllung der abrechnungsrelevanten Voraussetzungen für die Einstufung der Abteilungen/Universitätskliniken in die Abteilungsgruppe 01 darlegen (Tirol Kliniken GmbH) bzw. prüfen (Tiroler Gesundheitsfonds) zu können. Aus den Ausführungen des Landes Tirol war für den RH nicht klar erkennbar, welche Inhalte in den Arbeitsgruppen auf Bundesebene konkret besprochen wurden.

Kinder- und Jugendpsychiatrie – Allgemeines

26 (1) Hinsichtlich der Kinder- und Jugendpsychiatrie⁷⁸ sah das LKF-Modell ab 2013 eine (durch die Landesgesundheitsplattform zu bewilligende) Einstufung der Einheiten in drei Behandlungsformen vor:⁷⁹

- Behandlungsform A (Allgemeine Behandlung),
- Behandlungsform I (Intensive Behandlung) und
- Behandlungsform E (Eltern/Kind).

Die Abrechnung erfolgte über pauschale Tagessätze je Belagstag.⁸⁰

(2) Für die Einstufung in die Behandlungsform A (Allgemeine Behandlung) bestanden neben patientenbezogenen auch stationsbezogene Kriterien; zusätzlich zur 24-Stunden-Verfügbarkeit von Pflegeleistungen und zur Anwesenheit⁸¹ von fachärztlichem Personal für Kinder- und Jugendpsychiatrie musste ein multiprofessionelles Team für Pflege, Erziehung und Therapie vorhanden sein. Dieses hatte aus mindestens vier Qualifikationen der Gruppen Klinische Psychologie, Sozial- bzw. Rehabilitationspädagogik, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Psychotherapie sowie Sozialarbeit zu bestehen und musste zusammen mit dem diplomierten Pflegepersonal im Ausmaß von mindestens 1,6 Personen pro tatsächlichem Bett zur Verfügung stehen.

Zur Erfüllung der oben angeführten Anforderungen enthielt das LKF-System folgende Empfehlung hinsichtlich der Personalausstattung (in VZÄ pro tatsächlichem Bett):⁸²

⁷⁸ ohne Tagesklinik

⁷⁹ Einheiten zur Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten jedoch auch wie Einheiten der Psychiatrie bzw. Psychosomatik (Erwachsene) nach Abteilungsgruppe (01 oder 02) eingestuft werden (TZ 23).

⁸⁰ Laut LKF-Modell 2013: 459 LKF-Punkte pro Belagstag in der Behandlungsform A, 476 LKF-Punkte pro Behandlungstag in der Behandlungsform E und 507 LKF-Punkte pro Behandlungstag in der Behandlungsform I.

⁸¹ Bereitschaft außerhalb der Kernzeit

⁸² Von den in der Tabelle angegebenen Werten konnte nach individuellen Erfordernissen abgewichen werden.

Tabelle 11: Empfohlene Personalausstattung Behandlungsform A

Personal	VZÄ/Bett
ärztliches Personal	0,20
Pflege/Erziehung	1,20
Psychologinnen und Psychologen/akademische Pädagoginnen und Pädagogen	0,20
therapeutisches Personal	0,20
Summe	1,80

Quellen: LKF-System; RH

(3) Die stationsbezogenen Anforderungen der Behandlungsform E (Eltern/Kind) sahen u.a. ein multiprofessionelles Team von mindestens 1,7 VZÄ pro tatsächlichem Bett vor, jene der Behandlungsform I (Intensiv) ein multiprofessionelles Team von mindestens 1,9 VZÄ pro tatsächlichem Bett.

Kinder- und Jugendpsychiatrie in Kärnten und Tirol

27.1

(1) Für das Klinikum Klagenfurt, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, bewilligte der Kärntner Gesundheitsfonds gemäß dem LKF-Modell 2013 die Einstufung von 34 systemisierten Betten in Behandlungsform A, vier systemisierten Betten in Behandlungsform E und vier systemisierten Betten in Behandlungsform I. In den Jahren 2015 bzw. 2016 standen auf mehrere Stationen verteilt tatsächlich (unter Berücksichtigung der Sperrtage) 22 (2016: 23) Betten der Behandlungsform A, drei Betten der Behandlungsform E und vier Betten der Behandlungsform I (Mischbelegung) zur Verfügung.⁸³

Aus Sicht der KABEG (der Kärntner Gesundheitsfonds konnte dem RH diesbezüglich keine Daten vorlegen) erfüllte die Personalausstattung der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum Klagenfurt 2015 und 2016 die verbindlichen Vorgaben des LKF-Systems gesamthaft.⁸⁴

Allerdings waren die bei der KABEG beschäftigten, als Erzieherinnen und Erzieher eingestufteten Bediensteten nur teilweise Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen,⁸⁵ weil die KABEG die Vorgaben des LKF-Modells dahingehend in-

⁸³ ohne Berücksichtigung der Tagesklinik

⁸⁴ Im Jahr 2016 wurde laut KABEG bei der Behandlungsform E durch die rechnerische Zuteilung die Anforderung von mindestens vier Berufsgruppen nicht erfüllt. Laut KABEG sei für den Fall, dass auf einzelnen Kostenstellen/Bereichen die Strukturqualitätskriterien nicht gesamthaft erreicht würden, die Erfüllung jedoch durch die interdisziplinäre Belegung auf den einzelnen physischen Stationen gesamthaft gewährleistet.

Die Personalzuordnungen wurden interdisziplinär im Gesamthaus ohne spezielle Stationszuordnung des therapeutischen Dienstes geführt.

⁸⁵ So wurden etwa auch Bedienstete mit kindergartenpädagogischer, behindertenpädagogischer oder musiktherapeutischer Ausbildung als Erzieherin bzw. Erzieher bezeichnet.

terpretierte, dass die Erzieherinnen und Erzieher (mit unterschiedlichen Ausbildungen) zwar zum multiprofessionellen Team zu zählen seien, aber nicht zwingend eine sozial- bzw. rehabilitationspädagogische Ausbildung haben müssten.

(2) Im LKH Innsbruck, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, waren im Zeitraum 2013 bis 2016 insgesamt 22 Betten auf zwei Stationen tatsächlich aufgestellt. Die Gesundheitsplattform genehmigte im Jahr 2012 die Einstufung dieser Betten in die Behandlungsform A.

- Gemäß den vom Tiroler Gesundheitsfonds übermittelten Daten umfasste das multiprofessionelle Team im Jahr 2015 insgesamt 31,58 VZÄ, woraus sich 1,44 VZÄ pro Bett ergaben; es unterschritt daher die laut LKF-System verbindliche Vorgabe von 1,60 VZÄ pro Bett (also 35,20 VZÄ für 22 Betten). Die Personalausstattung lag in allen Bereichen unter der Empfehlung für die Behandlungsform A.⁸⁶

Zusätzlich bezog der Tiroler Gesundheitsfonds – anders als die KABEG – auch die Pflegehilfe (ein VZÄ) in seine Berechnung mit ein; dies mit der Begründung, dass der Begriff „Pflege“ im Sinne der Tabelle 11 weiter zu verstehen sei als der in den Voraussetzungen gewählte Begriff „diplomiertes Pflegepersonal“ (TZ 26). Ohne die Pflegehilfe würden sich nur 1,39 VZÄ pro Bett ergeben.

- Nach Ansicht der Tirol Kliniken GmbH erfüllte die Personalausstattung der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Innsbruck im Jahr 2016 die verbindlichen Vorgaben des LKF-Systems.

Allerdings erreichte die Tirol Kliniken GmbH den Wert von 1,60 VZÄ je Bett nur dadurch, dass sie – anders als die KABEG – die nicht bei der Tirol Kliniken GmbH beschäftigten Lehrerinnen und Lehrer der Heilstättenschule (6,25 VZÄ) zum multiprofessionellen Team rechnete; dies mit dem Hinweis auf die Begriffe in der Tabelle 11 „Pflege/Erziehung“ und der Begründung, dass die Lehrerinnen und Lehrer direkt in den Stationen mit der Erziehung der Kinder und Jugendlichen betraut seien.

27.2

(1) Der RH hielt fest, dass die Formulierungen der verbindlichen Vorgaben des LKF-Modells für die Personalausstattung der Kinder- und Jugendpsychiatrien teilweise zu unterschiedlichen Interpretationen hinsichtlich der erforderlichen Ausgestaltung des multiprofessionellen Teams (etwa bei der Erziehung und der Pflege) führten, wodurch die nach Ansicht des RH mit diesen Vorgaben u.a. intendierte Quali-

⁸⁶ Pflege/Sozialpädagogik: 1,11 VZÄ/Bett (empfohlen 1,20 VZÄ/Bett), Psychologinnen und Psychologen: 0,14 VZÄ/Bett (empfohlen: 0,20 VZÄ/Bett), therapeutisches Personal: 0,18 VZÄ/Bett (empfohlen: 0,20 VZÄ/Bett), ärztliches Personal: 0,19 VZÄ/Bett (empfohlen: 0,20 VZÄ/Bett)

tätssicherung in der Betreuung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend gewährleistet werden konnte.

Er empfahl daher dem Ministerium, auf eine Klarstellung dieser Vorgaben des LKF-Modells hinzuwirken, um einheitliche (Qualitäts)Standards sicherzustellen.

(2) Der RH sah kritisch, dass der Kärntner Gesundheitsfonds keine Daten über die LKF-konforme Personalausstattung der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorlegen konnte.

Der RH empfahl daher dem Kärntner Gesundheitsfonds, auch im Sinne der Qualitätssicherung die Einhaltung der Vorgaben⁸⁷ und Empfehlungen des LKF-Systems durch die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie regelmäßig nachweislich zu überprüfen.

(3) Der RH kritisierte, dass das LKH Innsbruck, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, jedenfalls 2015 die verbindlichen Vorgaben des LKF-Systems unterschritt. Überdies unterschritt die Personalausstattung 2015 auch die Empfehlungen des LKF-Systems für die Behandlungsform A in allen Teilbereichen.

Der RH empfahl der Tirol Kliniken GmbH und dem Tiroler Gesundheitsfonds, auch im Sinne der Qualitätssicherung die Einhaltung der Vorgaben⁸⁸ und Empfehlungen des LKF-Systems für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sicherzustellen und regelmäßig nachweislich zu überprüfen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass in der neuen Abteilung im LKH Hall mehr Betten als bisher vorgehalten werden (**TZ 13**).

27.3

(1) Das Ministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, in den gemeinsamen für LKF-Fragen zuständigen Arbeitsgremien eine klare Interpretation für die Anwendung der für das therapeutische Personal der nunmehrigen Abteilungsgruppe 01 angeführten Kriterien festzulegen. Die Klarstellung der Interpretation werde auch die Berechnung des multiprofessionellen Teams in Kinder- und Jugendpsychiatrien umfassen.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Tirol sei die Konzentration auf den Neubau und den Ausbau eines Teams für Hall erfolgt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie sei ein Mangelfach. Hier habe in den letzten Jahren außerdem eine große Fluktuation bestanden. Unter Anrechnung des Lehrpersonals ergebe sich eine weitgehende Erfüllung der LKF-Kriterien bei der Tirol Kliniken GmbH. Ein neues Prüfkonzept liege vor.

⁸⁷ Abgesehen von der vom RH überprüften Personalausstattung gehörten dazu u.a. die Erfüllung der Qualitätskriterien des ÖSG.

⁸⁸ siehe Fußnote 87.

(3) Laut Stellungnahme des Kärntner Gesundheitsfonds habe er bereits in dem in Rede stehenden Prüfungszeitraum die Einstufung der psychiatrischen Versorgung nach dem ÖSG und dem bundesweiten LKF–Modell durch einen Beschluss der Gesundheitsplattform den Krankenanstalten verbindlich vorgegeben. Die betreffenden Krankenanstalten hätten hierbei die ordnungsgemäßen Einstufungen bestätigt.

Weiters sagte der Kärntner Gesundheitsfonds die Umsetzung der Empfehlungen des RH zu. Der Beschluss der Gesundheitsplattform (Juni 2017) über die Neueinstufung und die damit zusammenhängende Mindestpersonalausstattung im psychiatrischen Bereich sei den betroffenen Krankenanstalten bereits zeitnah mitgeteilt worden.

Die Einhaltung der Vorgaben des ÖSG 2017 bzw. des LKF–Modells in den entsprechenden Abteilungen der Krankenanstalten werde 2018 durch den Kärntner Gesundheitsfonds überprüft. Auch in Zukunft würden Einstufungskontrollen, im Rahmen organisatorischer Möglichkeiten, in den psychiatrischen Abteilungen durchgeführt werden.

(4) Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH würden mit der Inbetriebnahme der Abteilung für Kinder– und Jugendpsychiatrie am LKH Hall die Vorgaben des LKF–Systems jedenfalls erfüllt. Unter Einbeziehung der im Jahr 2015 an der Kinder– und Jugendpsychiatrie am LKH Innsbruck tätigen Sonderpädagoginnen und –pädagogen für die Heilstättenschule sei die geforderte Personalausstattung erreicht worden. Die Einhaltung der Vorgaben und Empfehlungen des LKF–Systems für die Kinder– und Jugendpsychiatrie werde laufend überprüft.

27.4

Der RH verwies gegenüber dem Land Tirol und der Tirol Kliniken GmbH erneut auf die Definition des multiprofessionellen Teams für die Kinder– und Jugendpsychiatrie im LKF–Modell. Dieses hatte u.a. aus zumindest vier Qualifikationen der Gruppen Klinische Psychologie, Sozial– bzw. Rehabilitationspädagogik, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Psychotherapie sowie Sozialarbeit zu bestehen (**TZ 26**). Lehrerinnen und Lehrer der Heilstättenschule waren in dieser Aufzählung nicht erwähnt.

Weiters wies der RH das Land Tirol, den Kärntner Gesundheitsfonds und die Tirol Kliniken GmbH auf die Zusage des Ministeriums hin, in den gemeinsamen für LKF–Fragen zuständigen Arbeitsgremien u.a. die Interpretation der Berechnung des multiprofessionellen Teams in Kinder– und Jugendpsychiatrien klarzustellen.

Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz

Allgemeines

28.1

(1) Die Unterbringung von Personen in Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie erfolgte gemäß dem Unterbringungsgesetz⁸⁹. Unterbringung bedeutet, dass Personen unter bestimmten, gesetzlich festgelegten Voraussetzungen⁹⁰ in einem geschlossenen Bereich angehalten oder sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden (z.B. indem sie mittels Gurt an das Bett fixiert werden). Die in der Praxis häufigste Form der Unterbringung war die Unterbringung ohne Verlangen, die gegen den Willen der betroffenen Person erfolgte.

(2) Untergebrachte Personen wurden von Patientenanwältinnen und –anwälten⁹¹ vertreten und unterstützt, die Unterbringung unterlag einer (laufenden) gerichtlichen Kontrolle⁹². Auch die Volksanwaltschaft führte Kontrollen durch.⁹³

(3) Die Krankenanstalten bzw. psychiatrischen Abteilungen in Österreich erfassten Daten zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes mit unterschiedlichen Systemen⁹⁴ und übermittelten diese jährlich anhand eines vorgegebenen Formulars an die Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG.⁹⁵ Weiters sammelte das Bundesrechenzentrum die ihm von den Bezirksgerichten übermittelten Daten u.a. über die Anzahl der gemeldeten Unterbringungen.⁹⁶ Die Patientenvertretungen

⁸⁹ Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG), BGBl. Nr. 155/1990 i.d.g.F.

⁹⁰ Voraussetzung für eine Unterbringung war, dass eine psychische Erkrankung in Zusammenhang mit einer Eigen- oder Fremdgefährdung vorlag und es keine Behandlungsalternative gab (siehe § 3 Unterbringungsgesetz).

⁹¹ Die psychiatrischen Abteilungen in Kärnten und Tirol wurden von der Patientenanwaltschaft des Vereins Vertretungs-Netz betreut.

⁹² Die Erstanthörung durch das zuständige Bezirksgericht hatte innerhalb von vier Tagen ab Kenntnisnahme der Unterbringung in der Anstalt zu erfolgen. In knapp der Hälfte aller Unterbringungsfälle wurde die Unterbringung noch vor der Erstanthörung durch das ärztliche Personal aufgehoben.

⁹³ Die Volksanwaltschaft, die seit 1. Juli 2012 für den Schutz und die Förderung der Menschenrechte in Österreich zuständig war, besuchte mit sechs regionalen Kommissionen Einrichtungen, in denen es zum Entzug oder zur Einschränkung der persönlichen Freiheit kommen konnte. Ihre Prüfergebnisse, die auch Feststellungen über psychiatrische Abteilungen beinhalteten, wurden dem Nationalrat oder den Landtagen vorgelegt.

⁹⁴ z.B. mit handschriftlichen Aufzeichnungen, Excel-Tabellen oder unterschiedlichen Datenbanken

⁹⁵ Die Ergebnisse zu jeweils zwei Jahren wurden in einem Bericht publiziert, der letzte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung vorliegende Bericht war jener zu den Berichtsjahren 2012/2013, erschienen im Jänner 2015: Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht; im August 2017 zu den Berichtsjahren 2014/2015 erschienen: Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht.

⁹⁶ und über die Anzahl der gerichtlichen Anhörungen und mündlichen Verhandlungen, bei denen über die Zulässigkeit der Unterbringung entschieden wurde

verfügten über umfangreiche Dokumentationen, auch was die weitergehenden Beschränkungen der Bewegungsfreiheit betraf. Viele Daten⁹⁷ waren aber – weil auf unterschiedliche Art und Weise erfasst – österreichweit nur schwer vergleichbar.

Die Volksanwaltschaft und die Patientenvertretungen forderten seit Längerem eine einheitliche Dokumentation sowohl der Unterbringungen als auch der weitergehenden Beschränkungen, um ein „Benchmarking für Zwangsmaßnahmen“ einführen und damit die Transparenz in diesem Bereich erhöhen zu können.⁹⁸

28.2

Der RH anerkannte, dass zur Unterbringungssituation umfangreiche Dokumentationen erfolgten; er hielt es aber für nachteilig, dass die erhobenen Daten aufgrund der unterschiedlichen Erfassungssysteme und –methoden teilweise nicht vergleichbar waren.

Der RH empfahl dem Ministerium daher zu prüfen, ob – unter strikter Gewährleistung des Datenschutzes und möglichst unter Nutzung der bereits bestehenden Erfassungssysteme – österreichweit eine einheitliche Dokumentation sowohl der Unterbringungen als auch der weitergehenden Beschränkungen sichergestellt werden kann, um die Transparenz in diesem sensiblen Bereich erhöhen und Freiheitsbeschränkungen bzw. Zwangsmaßnahmen österreichweit vergleichen und analysieren zu können.

28.3

Laut Stellungnahme des Ministeriums teile es die Ansicht des RH, wonach eine derartige einheitliche Dokumentation sowohl der Unterbringungen als auch der weitergehenden Beschränkungen nicht nur die Transparenz in diesem sensiblen Bereich erhöhen, sondern auch eine bessere Vergleichbarkeit der diesbezüglichen Daten sicherstellen würde.

Diese Dokumentation sollte aus Sicht des Ressorts standortbezogen erfolgen, keinesfalls sei an ein österreichweites Register gedacht. Die Möglichkeit einer gesetzlichen Verpflichtung psychiatrischer Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie zur Führung einer derartigen elektronischen Dokumentation werde daher gegenwärtig einer genauen Prüfung – einschließlich Verhandlungen mit den Spitalsträgern – unterzogen.

⁹⁷ z.B. Daten über Art und Dauer der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

⁹⁸ Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat. Präventive Menschenrechtskontrolle, 2016, S. 51, veröffentlicht unter: <http://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/elqga/PB40pr%C3%A4ventiv.pdf>

Unterbringung in den überprüften Krankenanstalten

29 Alle überprüften Krankenanstalten führten Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz durch; die Art der Unterbringung war teilweise unterschiedlich ausgestaltet. So gab es einerseits eigene geschlossene Bereiche; andererseits bestand zum Teil auch die Möglichkeit zur Unterbringung in offen geführten Stationen, wobei derart untergebrachte Personen ein elektronisches Armband trugen, das bei Annäherung an die Stationstür deren Verschluss auslöste.

Wie die nachfolgende Analyse des RH zeigte, bestand hinsichtlich der Unterbringung sowohl in Kärnten als auch in Tirol Handlungsbedarf.

30.1 (1) Alle überprüften Krankenanstalten waren im Bereich der Unterbringung jeweils für eine bestimmte Versorgungsregion ihres Bundeslandes zuständig. Während das Klinikum Klagenfurt, das LKH Innsbruck und das LKH Hall ihrem Versorgungsauftrag im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie vollständig nachkamen, erfüllte das für die Versorgungsregion Kärnten West zuständige LKH Villach seinen Versorgungsauftrag seit Jahren nur zum Teil.

(2) Konkret stellte sich die Unterbringung im LKH Villach an der Abteilung für Psychiatrie zur Zeit der Gebarungsüberprüfung wie folgt dar:

Aufgrund der unzureichenden räumlichen und personellen Kapazitäten konnten am LKH Villach im Jahr 2016 nur 80 von insgesamt 307 Personen vor Ort betreut werden. Dabei handelte es sich vor allem um bettlägerige und multimorbide⁹⁹ Patientinnen und Patienten, die in einem Dreibettzimmer untergebracht und aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation in ihrer Bewegungsfreiheit auf diesen Raum beschränkt wurden.

Personen, für die eine Beschränkung auf einen Raum nicht das gelindeste Mittel im Sinne des Unterbringungsgesetzes darstellte, mussten im aufrechten Unterbringungsstatus an die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Klagenfurt transferiert werden. Im Jahr 2016 waren 141 Patientinnen und Patienten davon betroffen.

Diese Personen, die sich in einem prekären psychischen und teilweise auch körperlichen Zustand befanden und eine Gefahr für sich selbst und/oder andere Personen darstellten, mussten im LKH Villach an der Abteilung für Psychiatrie in sehr beengten räumlichen Verhältnissen, mitunter am Gang, betreut und teilweise auch fixiert werden.

⁹⁹ Multimorbide Personen leiden gleichzeitig an mehreren Erkrankungen.

Nach erfolgter fachärztlicher Begutachtung und nach Verhängung der Unterbringung wurden sie im Zustand akuter Behandlungsbedürftigkeit mittels Rettungstransports, teils in Begleitung der Exekutive und in Einzelfällen in Handschellen, in das Klinikum Klagenfurt transferiert. Überstellungstransporte erfolgten häufig ohne Begleitung durch ärztliches oder psychiatrisch geschultes pflegerisches Personal. Das LKH Villach war bemüht, zumindest einen Teil der Überstellungen dadurch zu verhindern, dass es die Exekutive vorab über die fehlende Aufnahmekapazität der Abteilung informierte. Dann fuhr die Exekutive – obwohl das LKH Villach zuständig gewesen wäre – mit unterzubringenden Personen sofort das Klinikum Klagenfurt an.

Einige Personen wurden direkt (unter Umgehung der eigentlich für sie zuständigen Abteilung für Psychiatrie im LKH Villach) an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Klagenfurt untergebracht. Im Jahr 2016 waren dies 86 Personen. Somit konnte das LKH Villach im Jahr 2016 seinen Versorgungsauftrag für die Region Kärnten West im Bereich Unterbringung nur zu 26 % erfüllen.

Sowohl Volksanwaltschaft¹⁰⁰ als auch Patientenvertretung/Vertretungsnetz kritisierten wiederholt die inadäquaten Rahmenbedingungen an der Abteilung für Psychiatrie im LKH Villach sowie die sich daraus ergebenden Belastungen für die untergebrachten Personen. Die Volksanwaltschaft verwies zudem darauf, dass die Überstellungstransporte auch im Klinikum Klagenfurt zu erheblichen Problemen führten.¹⁰¹

Ein Neubau der Abteilung für Psychiatrie im LKH Villach war seit Jahren geplant; die Fertigstellung war 2020, die Inbetriebnahme durch die Abteilung für Psychiatrie 2021 vorgesehen. Planungen für ein Provisorium in Form von zusätzlichen Räumlichkeiten für den Unterbringungsbereich realisierte die KABEG nicht. Dies u.a. wegen der in Relation zur Nutzungsdauer als zu hoch beurteilten Kosten und im Hinblick darauf, dass die provisorische Unterbringungsstation die während des Bauvorhabens verfügbaren Ersatzflächen im Altbestand reduziert hätte (TZ 37).

30.2

Der RH kritisierte im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie, dass die Abteilung für Psychiatrie im LKH Villach – im Unterschied zu den anderen überprüften Krankenanstalten – ihren Versorgungsauftrag für die Versorgungsregion Kärnten West im Bereich der Unterbringung gemäß Unterbringungsgesetz aufgrund mangelnder

¹⁰⁰ Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat. Präventive Menschenrechtskontrolle, 2015, S. 62 ff., veröffentlicht unter <http://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/k2ma/PB39präventiv.pdf> sowie Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat. Präventive Menschenrechtskontrolle, 2016, S. 62 ff., veröffentlicht unter: <http://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/elqga/PB40pr%C3%A4ventiv.pdf>

¹⁰¹ durch Verschärfung der ohnehin schon angespannten Personalsituation und des schon bestehenden Platzmangels

personeller und räumlicher Kapazitäten seit Jahren nur unzureichend, etwa im Jahr 2016 zu lediglich 26 %, erfüllte. Dies führte einerseits zu Belastungen für die deshalb in das Klinikum Klagenfurt zu überstellenden Personen; andererseits verursachten die Überstellungstransporte auch im Klinikum Klagenfurt Probleme.

Der RH anerkannte zwar das Bemühen im LKH Villach um Entschärfung der Situation¹⁰², hielt aber kritisch fest, dass die KABEG seit Jahren keine Lösung für den sensiblen Bereich der Unterbringung fand, etwa durch die Errichtung eines Provisoriums oder einen rechtzeitigen Neubau; er wies weiters kritisch darauf hin, dass die Beendigung dieser unzufriedenstellenden Unterbringungssituation im LKH Villach erst frühestens im Jahr 2021 (geplante Inbetriebnahme des Neubaus) zu erwarten war.

31.1

(1) Die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen erfolgte in Kärnten im Klinikum Klagenfurt an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Jahr 2016 waren 81 Kinder und Jugendliche in 99 Unterbringungsfällen von dieser Maßnahme betroffen, die Zahl der Unterbringungsfälle hatte sich im Überprüfungszeitraum von 43 im Jahr 2013 auf 99 im Jahr 2016 mehr als verdoppelt (mit einem Höchstwert von 135 im Jahr 2015).

(2) Demgegenüber verfügte die in Tirol für die Versorgung von psychiatrisch erkrankten Kindern und Jugendlichen am LKH Innsbruck eingerichtete Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Zeit der Gebarungsüberprüfung über keinen eigenen Bereich für die Unterbringung. Betroffene Kinder und Jugendliche mussten im geschlossenen Bereich der für Erwachsene zuständigen Universitätsklinik für Psychiatrie I am LKH Innsbruck untergebracht werden.

Im Jahr 2016 waren 91 Kinder und Jugendliche in 150 Unterbringungsfällen¹⁰³ von dieser Maßnahme betroffen, das jüngste Kind davon war zehn Jahre alt. Die Zahl der Unterbringungsfälle von Kindern und Jugendlichen stieg von 82 im Jahr 2013, mit einem Rückgang im Jahr 2014, auf 86 im Jahr 2015 und auf 150 im Jahr 2016. Die Betreuung der Betroffenen erfolgte in erster Linie durch das Personal der Universitätsklinik für Psychiatrie I, eine Betreuung und Behandlung durch fachärztliches Personal für Kinder- und Jugendpsychiatrie war überwiegend nicht möglich.

(3) Sowohl Volksanwaltschaft als auch Patientenvertretung kritisierten seit Längerem die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in Erwachsenenpsychiatrien und forderten eine altersadäquate Betreuung in Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

¹⁰² etwa durch vorherige Information an die Exekutive, dass sie mit einer unterzubringenden Person sofort Klagenfurt anfahren sollte

¹⁰³ Manche Kinder und Jugendliche mussten mehrmals untergebracht werden.

Die Volksanwaltschaft¹⁰⁴ stellte fest, dass die Konfrontation mit psychisch erkrankten Erwachsenen für Minderjährige massiv belastend sei, das Trennungsgebot für Kinder und Jugendliche auch durch die Rechtsprechung untermauert werde und sich die zwingende Betreuung auf einer Spezialstation aus der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen¹⁰⁵, dem Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern¹⁰⁶ sowie aus der Patientencharta¹⁰⁷ ableiten lasse.

Der ÖSG 2017 legte in seinen Qualitätskriterien für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung fest, dass Maßnahmen nach dem Unterbringungsgesetz bei Kindern und Jugendlichen bis zum 19. Lebensjahr ausschließlich an kinder- und jugendpsychiatrischen Organisationseinheiten zu setzen seien.

(4) Für die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am LKH Innsbruck wurde zur Zeit der Gebarungsüberprüfung auf dem Areal des LKH Hall ein Neubau errichtet (**TZ 38**), die Inbetriebnahme war für Ende 2017 vorgesehen. In diesem Neubau waren auch die altersadäquate Unterbringung von Kindern und Jugendlichen sowie die Erweiterung der Bettenkapazität von derzeit 22 auf 43 (inklusive Tagesklinik und Psychosomatik für Kinder und Jugendliche) geplant.

31.2

Der RH kritisierte, dass – im Unterschied zum Klinikum Klagenfurt – aufgrund der fehlenden Kapazitäten an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des LKH Innsbruck Kinder und Jugendliche jahrelang auf der Erwachsenenpsychiatrie an der Universitätsklinik für Psychiatrie I untergebracht werden mussten, obwohl dort keine altersadäquate Betreuung gegeben war. Er verkannte aber nicht, dass durch den Neubau auf dem Areal des LKH Hall eine Erweiterung der Bettenkapazität im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie eine entsprechende Unterbringungsmöglichkeit absehbar waren.

Weiters wies der RH auf die stark gestiegene Zahl an Unterbringungsfällen bei Kindern und Jugendlichen im Klinikum Klagenfurt und LKH Innsbruck im Zeitraum von 2013 bis 2016 hin.

¹⁰⁴ Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat. Präventive Menschenrechtskontrolle, 2016, S. 57f., veröffentlicht unter <http://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/elqga/PB40pr%C3%A4ventiv.pdf>

¹⁰⁵ Übereinkommen über die Rechte des Kindes 1989 (UN-Kinderrechtskonvention)

¹⁰⁶ Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern, BGBl. I Nr. 4/2011 i.d.g.F.

¹⁰⁷ z.B. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Land Tirol: Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta), BGBl. I Nr. 88/2003

Der RH empfahl den Ländern Kärnten und Tirol, gemeinsam mit der KABEG bzw. der Tirol Kliniken GmbH die Ursachen für diese Entwicklung zu ermitteln; dies, um gegebenenfalls konkrete psychiatrische bzw. psychosoziale Versorgungsdefizite außerhalb der Krankenanstalten identifizieren zu können, deren Behebung Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen bereits im Vorfeld verhindern bzw. reduzieren könnte. Darüber hinaus waren solche Informationen auch für die Planung der Unterbringungskapazitäten wesentlich.

31.3

(1) Das Land Kärnten teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es die Empfehlungen des RH berücksichtigen werde. Insbesondere solle auch die Schnittstellenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendgesundheit und Kinder- und Jugendhilfe ausgebaut werden.

Für die Wahl der geeigneten Erziehungshilfe bzw. das Einsetzen von Förder- und Therapieangeboten sei eine vorangehende Diagnostik in vielen Fällen unerlässlich.

Das Ziel der Kinder- und Jugendhilfe müsse sein, jeweils das gelindeste zum Ziel führende Mittel zu ergreifen. Dazu sollten auch Möglichkeiten einer Neustrukturierung der Abläufe, insbesondere einer verstärkten Steuerung durch das Land in Form eines Case- Managements genützt werden.

Um Fremdunterbringungen (stationäre Unterbringungen) nach Möglichkeit zu minimieren, solle weiters auch eine intensive Auseinandersetzung mit den Leitlinien „Alternative Formen der Betreuung von Kindern“ (Handbuch Moving forward) über den Fachbereich der Kinder- und Jugendhilfe des Landes unter Einbindung der Bezirksverwaltungsbehörden erfolgen.

(2) Das Land Tirol hielt in seiner Stellungnahme fest, dass die Ursachen für den starken Anstieg an Unterbringungsfällen bei Kindern und Jugendlichen auch im Rahmen des RSG-Prozesses analysiert und berücksichtigt würden. Es sei in diesem Zusammenhang eine enge Abstimmung mit den in Betracht kommenden Krankenanstalten vorgesehen. Weiters habe sich die neue Leiterin der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Zunahme der Aufnahmen nach dem Unterbringungsgesetz auseinandergesetzt. Mittlerweile sei die neue Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie am LKH Hall in Betrieb genommen worden.

(3) Laut Stellungnahme der KABEG lasse sich die Verdoppelung der Unterbringungsfälle im Wesentlichen durch zwei Ursachen erklären: Die Einschätzung der Richterschaft und der Patientenanwaltschaft habe sich in den letzten Jahren mehr in Richtung Kinder- und Jugendpsychiatrie spezifiziert, bei einem ursprünglich sehr auf die Erwachsenenpsychiatrie bezogenen Gesetz. Die Beurteilung nach dem Unterbringungsgesetz werde verstärkt spezifisch und damit nach strengeren Kriterien

für Kinder und Jugendliche angewendet. Bei unter 14-Jährigen bestehe aufgrund der gegebenen Aufsichtspflicht grundsätzlich eine Begrenzungsmöglichkeit. Aufgrund dessen seien die unter 14-Jährigen in der Vergangenheit teilweise nicht dem Unterbringungsprozess unterzogen worden. Um nun jedoch die statistischen Daten richtig auszuweisen, sei diese Vorgangsweise geändert worden. Nunmehr würden Patientinnen und Patienten auch unter 14 bei Bedarf im Sinne des Unterbringungsgesetzes untergebracht.

Weiters habe sich die Zahl der versorgungsrelevanten Kinder- und Jugendpsychiatrinnen und -psychiater durch Abwanderung und Pensionierung dramatisch reduziert. Daher sei die frühzeitige extramurale Versorgung deutlich eingeschränkt.

Maßnahmen zur Verringerung der Unterbringungszahlen könnten u.a. eine verbesserte ärztlich-psychiatrische Versorgung im extramuralen Bereich und die Einführung von nachgehenden, gut evaluierten (ambulanten) Betreuungsangeboten sein. Der Beseitigung der Defizite im extramuralen Bereich sollte durch die geplante Errichtung zweier kinder- und jugendpsychiatrischer Ambulatorien an den Standorten Klagenfurt und Villach (jeweils außerhalb der Krankenanstalten) Rechnung getragen werden.

(4) Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH stehe seit Jänner 2018 ein eigener Bereich für die Unterbringung von psychiatrisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des LKH Hall zur Verfügung.

Weiter sagte die Tirol Kliniken GmbH die Umsetzung der Empfehlung des RH betreffend die stark gestiegene Zahl an Unterbringungsfällen bei Kindern und Jugendlichen zu; sie werde gemeinsam mit den Expertinnen und Experten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie des Landes Tirol die Ursachen dieser Entwicklung eruieren und gegebenenfalls Maßnahmen setzen.

Entlassung aus der Krankenanstalt

Allgemeines

32

Im Bereich der Psychiatrie kam dem Entlassungsmanagement besondere Bedeutung zu, weil die Patientinnen und Patienten vielfach nach ihrem stationären Aufenthalt eine weitere medizinische bzw. therapeutische Betreuung benötigten. Wesentlich dabei war auch die in Psychiatrien vorgesehene multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (u.a. psychiatrische Fachärztinnen

und –ärzte, diplomierte (psychiatrische) Pflege, klinische Psychologie, Psycho-, Ergo- und Physiotherapie sowie Sozialarbeit).¹⁰⁸

Für die Organisation der Nachbetreuung waren – je nach Krankenanstalt bzw. maßgeblicher Bedürfnislage der Patientinnen und Patienten – ärztliches oder therapeutisches Personal, Pflege und/oder Sozialarbeit zuständig. Für das Entlassungsmanagement im psychiatrischen Bereich gab es keine speziellen bundesweiten Vorgaben bzw. Empfehlungen.¹⁰⁹

Organisation der Entlassung aus den überprüften Psychiatrien

33.1 (1) In den überprüften Krankenanstalten war die Entlassung aus den psychiatrischen Abteilungen bzw. Universitätskliniken wie folgt organisiert:

Tabelle 12: Organisation des Entlassungsmanagements in den überprüften Psychiatrien

Entlassungsmanagement	Klinikum Klagenfurt	LKH Villach	LKH Innsbruck	LKH Hall
direkt oder indirekt¹	direkt		beides	direkt
Beginn	Aufnahme			
Zuständigkeit (Erwachsene)	multiprofessionelles Team, je nach maßgeblicher Bedürfnislage der Patientinnen und Patienten, ärztliches Personal, Pflege und/oder Sozialarbeit			multiprofessionelles Team, v.a. Sozialarbeit und Psychotherapie
Zuständigkeit (Kinder und Jugendliche)	fallführendes ärztliches und psychologisches Personal	–	multiprofessionelles Team, v.a. Sozialarbeit	–
Zuordnung der Sozialarbeit (psychiatrische Abteilung oder eigene Organisationseinheit)	eigene Organisationseinheit („Pool“)			in die beiden Abteilungen integriert
Aufgaben der Sozialarbeit	u.a. Erhebung der sozialen Lebenslage der Patientinnen und Patienten, Existenzsicherung, Sicherstellung der häuslichen Versorgung, institutionelle Unterbringung, Abwicklung diverser notwendiger Ämter- und Behördenkontakte			
spezielle schriftliche Vorgaben für die Psychiatrie	ja	nein	nein	– ²

¹ Direktes Entlassungsmanagement erfolgte im Rahmen des Routinebetriebs der Station. Beim indirekten Entlassungsmanagement wurden Patientinnen und Patienten mit komplexem poststationären Betreuungsbedarf multiprofessionell von einer eigens dafür eingerichteten Organisationseinheit beraten und betreut.

² durch einen Sozialarbeiter ausgearbeitete Checkliste für Erstgespräche und Standard für den Betreuungsprozess

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

¹⁰⁸ Siehe dazu auch den ÖSG 2017 (TZ 6), der u.a. das Entlassungsmanagement und die multiprofessionelle Zusammenarbeit als (spezifische) Qualitätskriterien festlegt.

¹⁰⁹ Allgemeine Vorgaben/Empfehlungen gab es im ÖSG und in der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM).

(2) In den überprüften Krankenanstalten begann das Entlassungsmanagement bereits im Zuge des Aufnahmeprozesses. So wurden neben den medizinischen Daten bspw. auch Patienten- und Zuweiserinformationen bzw. Adressaten eines etwaigen Befundberichts, das soziale Umfeld, die Arbeitssituation oder die finanziellen Rahmenbedingungen erhoben.

(3) Die poststationäre Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten wurde je nach Krankenanstalt bzw. Organisationseinheit von unterschiedlichen Gesundheitsberufen organisiert. Dabei lag der Schwerpunkt in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum Klagenfurt bei der Ärzteschaft – in Zusammenarbeit mit den Psychologinnen und Psychologen; an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des LKH Innsbruck war dafür vor allem die Sozialarbeit zuständig.

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie war im LKH Hall für die Organisation des Entlassungsmanagements überwiegend die Sozialarbeit zusammen mit den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zuständig. In den anderen überprüften Krankenanstalten war das Entlassungsmanagement – je nach Notwendigkeit und Bedürfnislage der Patientinnen und Patienten – zwischen ärztlichem Personal, Pflege und Sozialarbeit aufgeteilt.

(4) Im Klinikum Klagenfurt, im LKH Villach und im LKH Innsbruck waren die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zwar meist¹¹⁰ einzelnen Stationen fix zugeordnet, aber in eigenen Organisationseinheiten zentral organisiert (Pool). Demgegenüber waren diese im LKH Hall Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter der beiden Abteilungen für Psychiatrie und der Psychotherapie und in das interdisziplinär arbeitende multiprofessionelle Team der jeweiligen Stationen integriert. Das bedeutete, dass sie von Beginn an in den Behandlungsprozess einbezogen waren und an allen Teambesprechungen teilnahmen.

(5) Zu den krankenhausinternen Vorgaben für das Entlassungsmanagement stellte der RH Folgendes fest:

- Für das Klinikum Klagenfurt gab es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung allgemeine Vorgaben bzw. Prozesse für die Entlassung. Zusätzlich bestanden solche speziell für die beiden psychiatrischen Abteilungen. Darüber hinaus hatte im Klinikum Klagenfurt die Sozialarbeit selbst für ihren Bereich Prozesse und Richtlinien erstellt.

¹¹⁰ nicht im LKH Villach

- Im LKH Villach bestanden für alle Abteilungen zentrale Vorgaben der Krankenhausleitung für die in den Entlassungsprozess involvierten Personen (Pflege und Sozialarbeit). Für die Abteilung für Psychiatrie gab es keine eigenen schriftlichen Festlegungen.
- Im LKH Innsbruck wurde auf Krankenhaus–Ebene das von der Tirol Kliniken GmbH flächendeckend vorgesehene Entlassungsmanagement Pflege Ende 2016 eingerichtet, das allerdings ebenfalls keine speziellen Abläufe für die Psychiatrie vorsah. Es enthielt allgemeine Zuweisungskriterien und setzte die Stationsleitungen als Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren des Entlassungsmanagements ein. Auf Ebene der einzelnen Universitätskliniken bestanden keine speziellen Vorgaben für das psychiatrische Entlassungsmanagement.
- Im LKH Hall war das von der Tirol Kliniken GmbH flächendeckend vorgesehene Entlassungsmanagement Pflege noch nicht implementiert. Für eine psychiatrische Station hatte ein Sozialarbeiter den Entlassungsprozess schriftlich dargestellt. Grundsätzlich wurde im LKH Hall die Meinung vertreten, dass – im Unterschied zum Entlassungsmanagement im somatischen Bereich – sowohl für den psychiatrischen Fachbereich insgesamt als auch für jeden Teilbereich (z.B. Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtmedizin) spezielle Vorgaben bzw. Prozesse und eine entsprechende Dokumentation notwendig wären.

33.2

Der RH hielt fest, dass das Entlassungsmanagement für den psychiatrischen Bereich in den überprüften Krankenanstalten grundsätzlich ähnlich organisiert war. In Bezug auf Vorgaben bzw. schriftlich abgebildete Prozesse zeigten sich jedoch deutliche Unterschiede. So gab es nur im Klinikum Klagenfurt spezielle Vorgaben für das Entlassungsmanagement im Bereich der Psychiatrie; im LKH Hall gab es dafür lediglich selbstverfasste Dokumente eines Sozialarbeiters. Im LKH Villach und im LKH Innsbruck war der Entlassungsprozess allgemein geregelt.

Vor dem Hintergrund, dass in den psychiatrischen Abteilungen/Universitätskliniken ein multiprofessionelles Team zum Einsatz kam, und im Hinblick auf die besonderen Herausforderungen des psychiatrischen Entlassungsmanagements (z.B. Beratung, institutionelle Unterbringung/Vermittlung betreuter Wohnformen, Pflegegeldabklärung, Sachwalterschaftsanregung) hielt der RH spezielle, auf die Anforderungen der Psychiatrien abgestimmte Vorgaben und Prozessdarstellungen für zweckmäßig.

Der RH empfahl daher den überprüften Krankenanstaltenträgern bzw. den LKH Villach, Innsbruck und Hall solche Vorgaben und Prozessdarstellungen zu entwickeln, allen involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung zu stellen sowie deren Einhaltung regelmäßig zu evaluieren.

33.3

(1) Laut Stellungnahme der KABEG würden die Prozesse im Klinikum Klagenfurt im „QM-Tool“ abgebildet. Bei beiden Abteilungen sei der Entlassungs-Prozess mit Beschreibung hinterlegt. Diese Prozesse würden regelmäßig von den Abteilungen evaluiert und bei Bedarf angepasst. Eine regelmäßige Überprüfung der Prozesse finde im Rahmen der Audits statt. Im LKH Villach werde ein entsprechender Prozess für die Organisation von Nachbetreuungsplätzen sowie, falls erforderlich, die Organisation von Vor-Ort-Besichtigungen durch das neu implementierte Entlassungsmanagement etabliert.

(2) Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH unterscheide sich der psychiatrische Tätigkeitsbereich der Pflege nicht vom somatischen Tätigkeitsbereich der Pflege. Handlungsweisen seien ident und wichen auch in den Verfahrensanweisungen durch psychiatrische Diagnosen nicht ab. An allen Kliniken werde ein einheitliches Entlassungsmanagement gemäß Tirol Kliniken-Prozess umgesetzt (fachübergreifender und multiprofessioneller Tirol Kliniken-Prozess). Pflegerelevante Themenstellungen zum Entlassungsmanagement Pflege seien mittels Verfahrensanweisungen am LKH Innsbruck geregelt. Informationen zu extramuralen Anbieterlisten seien über das Intranet abrufbar. Der Tirol Kliniken-weit implementierte interdisziplinäre Entlassungsmanagementprozess beinhalte eine Vorgabe zur Dokumentation im KIS-Powerchart (Entlassungsmonitor), zutreffend auch für den Bereich Psychiatrie.

Die Ausführungen zum LKH Innsbruck würden im Wesentlichen auch für das LKH Hall zutreffen. Die unterschiedlichen Vorgehensweisen und Kontakte in Abhängigkeit des psychiatrischen Fachbereichs würden in der Prozessumsetzung von den beteiligten Berufsgruppen berücksichtigt. Die Sozialarbeit sei je nach psychiatrischem Fachbereich gut informiert und kompetent im Nahtstellenmanagement zur Weitervermittlung in die entsprechenden extramuralen Strukturen. Der Tirol Kliniken-Prozess sei bereits verschriftlicht; die Prozessumsetzung am LKH Hall durch Verfahrensanweisungen sei nur teilweise verschriftlicht; das werde nachgeholt werden. Insgesamt liege im Hinblick auf das Entlassungsmanagement bereits sehr viel vor; mögliche Verbesserungen würden laufend überprüft.

Weiters führte die Tirol Kliniken GmbH aus, dass die Prozesse, Zuständigkeiten und Abläufe zum Entlassungsmanagement für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das Intranet abrufbar seien. Zudem finde im Bereich Pflege seit 2016 jährlich eine Schwerpunktfortbildung zum Thema Entlassungsmanagement Pflege statt. An allen regionalisierten und spezialisierten Stationen des LKH Hall seien Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter tätig, die durch stetige Kommunikation einen vollen Überblick über die mögliche außerstationäre Betreuung hätten.

33.4

Der RH hielt gegenüber der Tirol Kliniken GmbH fest, dass er auf die Einrichtung des flächendeckend vorgesehenen Entlassungsmanagements Pflege im LKH Innsbruck auf Krankenhaus–Ebene Ende 2016 hingewiesen hatte. Seine Feststellungen und Empfehlungen waren jedoch auf spezielle Vorgaben und Festlegungen für das psychiatrische Entlassungsmanagement gerichtet. Dies vor dem Hintergrund, dass in den psychiatrischen Abteilungen/Universitätskliniken ein multiprofessionelles Team zum Einsatz kam, und im Hinblick auf die besonderen Herausforderungen des psychiatrischen Entlassungsmanagements. Auch im LKH Hall wurde die Meinung vertreten, dass – im Unterschied zum Entlassungsmanagement im somatischen Bereich – sowohl für den psychiatrischen Fachbereich insgesamt als auch für jeden Teilbereich (z.B. Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtmedizin) u.a. spezielle Vorgaben bzw. Prozesse notwendig seien.

Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen für psychisch Kranke

34.1

(1) Eine wesentliche Aufgabe des psychiatrischen Entlassungsmanagements war, geeignete Nachbetreuungsmöglichkeiten (z.B. betreutes Wohnen, Rehabilitationseinrichtung, gerontopsychiatrisches Pflegeheim etc.) für die Patientinnen und Patienten zu finden. Diese Aufgabe kam u.a. der Sozialarbeit¹¹¹ als Teil des multiprofessionellen Teams zu, die vom ärztlichen bzw. pflegerischen Personal oder von den Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen dazu beauftragt wurde.¹¹²

Ziel war es, durch Patientengespräche und Umfeldrecherchen sowie laufende Abstimmungsgespräche im multiprofessionellen Team eine dem Krankheitsbild entsprechende, optimale Nachbetreuung sicherzustellen.

(2) Alle überprüften psychiatrischen Abteilungen/Universitätskliniken standen in Austausch mit den Einrichtungen außerhalb der Krankenanstalten. So gab es in der Erwachsenenpsychiatrie im Klinikum Klagenfurt wöchentlich, im LKH Villach monatlich und in der Universitätsklinik für Psychiatrie II des LKH Innsbruck dreimonatlich institutionalisierte Vernetzungstreffen; auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie fanden sowohl in Kärnten als auch in Tirol institutionalisierte Vernetzungsgespräche statt. Ziel war, eine durchgängige Versorgungskette für die Patientinnen und Patienten sowie einen allgemeinen Informationsaustausch sicherzustellen.

¹¹¹ im Klinikum Klagenfurt in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie waren die Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychologinnen bzw. Psychologen dafür zuständig

¹¹² Siehe dazu auch den ÖSG 2017 (TZ 6), der u.a. die interdisziplinäre Zusammenarbeit als spezifisches Qualitätskriterium festlegt.

An der Universitätsklinik für Psychiatrie I des LKH Innsbruck und den beiden psychiatrischen Abteilungen des LKH Hall fanden keine institutionalisierten Vernetzungstreffen mit den Einrichtungen außerhalb der Krankenanstalten statt; das LKH Hall verwies diesbezüglich auf Fortbildungen und Kongresse.

Nach Angaben der überprüften Krankenanstalten fanden grundsätzlich auch Besichtigungen von Nachbetreuungseinrichtungen statt. Im LKH Villach waren diese aufgrund mangelnder personeller Ressourcen im Bereich der Sozialarbeit jedoch nicht möglich; im Vergleich zu den anderen überprüften Krankenanstalten verfügte das LKH Villach mit 0,7 VZÄ für 1.870 stationäre Fälle über eine relativ geringe sozialarbeiterische Personalausstattung.

34.2

Der RH erachtete gerade in der psychiatrischen Versorgung und zur Sicherstellung einer integrierten Versorgungskette einen regelmäßigen, institutionalisierten Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen innerhalb und außerhalb der Krankenanstalten für wesentlich.

Er empfahl daher dem LKH Innsbruck und dem LKH Hall, einen regelmäßigen Informationsaustausch mit anderen Versorgungsbereichen für psychisch Kranke zu institutionalisieren. Dem LKH Villach empfahl der RH, durch Vorortbesichtigungen eine umfassende sowie aktuelle Beratung der psychiatrischen Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

34.3

(1) Laut Stellungnahme der KABEG stünden im LKH Villach für Vorortbesichtigungen nur eingeschränkt Ressourcen zur Verfügung. Nach Möglichkeit werde den Empfehlungen entsprochen werden.

(2) Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH fänden am LKH Innsbruck zum Entlassungsmanagement Pflege seit vier Jahren allgemeine Vernetzungstreffen mit extramuralen Anbietern statt (kein ausschließlicher Fokus auf die Psychiatrie). Basierend u.a. auf dieser Vernetzung hätten im Jahr 2017 Pflegepersonen der Psychiatrie am LKH Innsbruck relevante extramurale Einrichtungen besucht. Eine Intensivierung bzw. Institutionalisierung des Informationsaustauschs mit Versorgungsbereichen für psychisch Kranke werde für das direkte und indirekte Entlassungsmanagement Pflege jedoch weiter forciert. Das LKH Hall werde an einer praktikablen Struktur zum regelmäßigen Austausch von Informationen im Sinne der Versorgung psychiatrisch kranker Patientinnen und Patienten weiterarbeiten.

35.1

(1) Die Organisation der psychiatrischen Nachbetreuung durch die überprüften Krankenanstalten stellte sich im Einzelfall konkret wie folgt dar:

- Die individuellen Nachbetreuungsmöglichkeiten wurden in den ein- bis mehrmals wöchentlich stattfindenden Stations- bzw. Teambesprechungen des multiprofessionellen Teams erörtert; danach erfolgte eine Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten und/oder deren Angehörigen. Darüber hinaus gab es in manchen Bereichen, wie etwa in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sogenannte Helferkonferenzen, an denen neben dem multiprofessionellen Team insbesondere auch die Patientin bzw. der Patient und deren Obsorgeberechtigten sowie bspw. Vertreterinnen und Vertreter der Schule teilnahmen.
- Der RH ließ sich zu von ihm beispielhaft ausgewählten Patientenfällen jene Unterlagen vorlegen, die das Entlassungsmanagement dokumentieren. Daraus war die Entscheidungsfindung bzw. der Entscheidungsprozess im multiprofessionellen Team hinsichtlich der schließlich gewählten Nachbetreuung nur teilweise nachvollziehbar.
- Für die Organisation der konkreten Nachbetreuung war die Vorgangsweise nicht (schriftlich) geregelt. Weiters bestanden nur teilweise umfassende – bspw. in einer Datenbank abrufbare – Informationen über das konkrete Versorgungsangebot außerhalb der Krankenanstalt; eine (automationsunterstützte) Übersicht über freie Plätze im außerstationären Bereich gab es in den überprüften Krankenanstalten nicht. Auf die teilweise in den Sozialabteilungen der Länder verfügbaren automationsunterstützten Daten konnten die Krankenanstalten nicht zugreifen.¹¹³ Daher war für jeden Fall eine (telefonische) Recherche notwendig.

(2) Zwischen den überprüften Krankenanstalten und den außerstationären Versorgungsbereichen bestanden teilweise personelle Verflechtungen. So waren sowohl in Kärnten als auch in Tirol bspw. Ärztinnen und Ärzte der überprüften Abteilungen (auch) in leitenden Funktionen von psychosozialen Einrichtungen tätig. Sofern Nebenbeschäftigungen aus allgemein zugänglichen Quellen ersichtlich waren, stellte der RH fest, dass teilweise die sowohl gesetzlich als auch durch unternehmensinterne Weisung gebotenen Nebenbeschäftigungsmeldungen¹¹⁴ fehlten bzw. unvollständig oder nicht aktuell waren, wodurch der Dienstgeber die Zulässigkeit der Nebenbeschäftigungen nicht überprüfen und gegebenenfalls auch nicht untersagen oder mit Auflagen genehmigen konnte.

¹¹³ In Kärnten gab es teilweise Daten zum stationären extramuralen Bereich, Tirol verfügte über eine automationsunterstützte Dokumentation für den stationären extramuralen Bereich (z.B. betreutes Wohnen). Für den ambulanten extramuralen Bereich war eine solche angedacht. Eine Vernetzung mit den Krankenanstalten bestand nicht; diesbezüglich wurden datenschutzrechtliche Gründe angeführt.

¹¹⁴ Dies betraf nicht nur Tätigkeiten in psychosozialen Einrichtungen, sondern auch das Betreiben von Ordinationen.

(3) Das Land Kärnten plante im Rahmen der Neuorganisation des außerstationären Bereichs für psychisch kranke Menschen die Etablierung eines Case-Managements in den zu errichtenden Ambulatorien, das u.a. gemeinsam mit dem Entlassungsmanagement der Krankenanstalt für psychiatrische Patientinnen und Patienten deren poststationäre Betreuung individuell planen und diese begleiten sollte. Das Land Tirol sah ein Case-Management im Zusammenhang mit der geplanten Übergangsstation für schwer psychisch kranke Menschen vor, das mit einer unabhängigen Leitung anhand klar definierter Kriterien eine integrierte Versorgungskette (Psychiatrie – Übergangsstation – Langzeitbetreuung) sicherstellen sollte.

35.2

Der RH wies kritisch darauf hin, dass in den überprüften Abteilungen bzw. Universitätskliniken für die Organisation der psychiatrischen Nachbetreuung keine Vorgaben bestanden und konkret nachvollziehbare Informationen über die Betreuungsplätze nur teilweise vorhanden waren. Weiters hielt er fest, dass in den überprüften Krankenanstalten keine (automationsunterstützte) transparente Dokumentation über freie Plätze in den Versorgungsbereichen außerhalb der Krankenanstalten bestand. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Nachbetreuung u.a. durch eine Vielzahl privater Anbieter geleistet wurde und die Finanzierung oft von der Zahl der betreuten Personen abhing.

Der RH verkannte nicht die Zweckmäßigkeit einer guten Vernetzung zwischen den Versorgungsbereichen zur Schaffung einer integrierten Versorgungskette für psychisch kranke Menschen. Im Hinblick auf potenzielle Interessenkonflikte hielt er aber fest, dass in den überprüften Krankenanstalten teilweise personelle Verflechtungen mit anderen Versorgungsbereichen bestanden, wobei zum Teil eine Meldung und die Genehmigung der diesbezüglichen Nebenbeschäftigungen durch den Dienstgeber fehlten.

Der RH empfahl den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern,

- klare Vorgaben bzw. Prozesse für die Organisation von Nachbetreuungsplätzen zu entwickeln, um eine integrierte Versorgungskette für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten,
- gemeinsam mit den Ländern Möglichkeiten für einen vollständigen transparenten (automationsunterstützten) Überblick über das psychiatrische bzw. psychosoziale Angebot bzw. freie Plätze außerhalb der Krankenanstalt zu prüfen und
- auf eine vollständige Meldung der Nebenbeschäftigungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinzuwirken, um Unvereinbarkeiten zu vermeiden und die Zulässigkeit der Nebenbeschäftigungen sicherzustellen.

35.3

(1) Laut Stellungnahme der KABEG werde allen Hinweisen auf nicht, unvollständig oder unzutreffend gemeldete Nebenbeschäftigungen nachgegangen, um Maßnahmen zur Verbesserung der Vollständigkeit und Aktualität der Meldung von Nebenbeschäftigungen zu setzen.

Bei der Erwachsenenpsychiatrie und bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie würden im Klinikum Klagenfurt bereits Vernetzungs- und Schnittstellengespräche auch zur Organisation von Nachbetreuungsplätzen und zur Sicherstellung der Integration der Versorgungskette – angepasst an die jeweilige Bedürfnislage der Patientinnen und Patienten – durchgeführt. Im LKH Villach werde ein entsprechender Prozess etabliert. Ein digitalisiertes Netzwerk, das sämtliche Versorgungsplätze intramural und extramural beinhaltet, wäre wünschenswert, jedoch sei es keinesfalls Aufgabe der Landeskrankenanstalten, ein derartiges System zu erstellen bzw. zu betreiben.

(2) Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH seien an allen regionalisierten und spezialisierten Stationen des LKH Hall Sozialarbeiterinnen tätig, die durch stetige Kommunikation einen vollen Überblick über die mögliche außerstationäre Betreuung hätten.

Weiters wies die Tirol Kliniken GmbH darauf hin, dass sich viele der angesprochenen extramuralen Strukturen aus Bedarfsgründen aus den stationären Strukturen entwickelt hätten. Die Meldung von Nebenbeschäftigungen werde regelmäßig aktualisiert. So sei bspw. am LKH Hall im August 2017 das Personal aufgefordert worden, eventuelle Nebenbeschäftigungen zu melden. Grundsätzlich seien diese Tätigkeiten Teil des wichtigen Nahtstellenmanagements.

35.4

(1) Der RH nahm die von der KABEG erläuterten Maßnahmen betreffend Nebenbeschäftigungen positiv zur Kenntnis. Er stellte weiters klar, dass seine Empfehlungen auch auf die Entwicklung von schriftlichen Vorgaben bzw. Prozessen für die Organisation von Nachbetreuungsplätzen gerichtet waren, um für alle Beteiligten eine einheitliche Vorgangsweise zu gewährleisten und eine Evaluierung der Einhaltung der schriftlichen Vorgaben bzw. der Zweckmäßigkeit zu erleichtern.

(2) Gegenüber der Tirol Kliniken GmbH hielt der RH betreffend das LKH Hall fest, dass schriftliche Informationen über mögliche außerstationäre Betreuungsplätze zweckmäßig waren, um eine einheitliche Vorgangsweise und einen umfassenden Informationsstand – unabhängig vom jeweiligen Einzelwissen – zu gewährleisten. Die von der Tirol Kliniken GmbH erläuterten Maßnahmen betreffend Nebenbeschäftigungen nahm der RH positiv zur Kenntnis. Er hielt fest, dass er auf die Zweckmäßigkeit einer guten Vernetzung zwischen den Versorgungsbereichen zur Schaffung einer integrierten Versorgungskette für psychisch kranke Menschen hingewiesen hatte.

Bauliche und personelle Rahmenbedingungen – Einzelfeststellungen

Bauliche Situation der Psychiatrie im Klinikum Klagenfurt

36.1

(1) Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Klagenfurt umfasste im überprüften Zeitraum neun bettenführende Stationen, teilstationäre Bereiche (Tagesklinik, Nachtklinik), Ambulanzbereiche und mehrere den Stationen nicht gesondert zugeordnete Behandlungsräume. Die Räumlichkeiten waren auf drei Gebäude verteilt, und zwar auf das Hauptgebäude des Zentrums für Seelische Gesundheit/Gebäude 211 (**Hauptgebäude**), das Gebäude 213 und das Gebäude 331.

(2) Im um das Jahr 1900 errichteten und zuletzt in den 1970er-Jahren generalsanierten Hauptgebäude befand sich u.a. die Aufnahmestation–Krisenintervention.

Von der Aufnahmestation im Hauptgebäude zur Akutstation Männer im Gebäude 213 war ein Fußweg von rd. 90 Metern im Freien zurückzulegen, der Fußweg (im Freien) zur Akutstation Frauen betrug rd. 190 Meter. Diese Wegstrecken mussten im überprüften Zeitraum auch mit (gemäß dem Unterbringungsgesetz) zwangsweise untergebrachten Patientinnen und Patienten zurückgelegt werden.

Das Gebäude 331 war rd. 490 Meter (Fußweg) von der Aufnahmestation im Hauptgebäude entfernt. Darin befanden sich u.a. die Tagesklinik und die aus zwei Zimmern mit je zwei Betten bestehende Therapiewohnung.

Die räumliche Trennung der einzelnen Objekte machte gesonderte ärztliche und pflegerische Dienste erforderlich bzw. waren ärztliche Nachtdienste nicht durchgehend gewährleistet (in Gebäude 331¹¹⁵). Die Berufsgruppen mit unmittelbarem Patientenbezug hatten die dargestellten Wegstrecken zurückzulegen, um an Abteilungsbesprechungen teilzunehmen. Überdies war die Zusammenziehung des verfügbaren Personals in Krisensituationen nur mit zeitlicher Verzögerung möglich.

(3) Auf Basis einer 2015 fertiggestellten Variantenstudie (Neubau der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie oder Sanierung mit Zubau) entschied sich die KABEG für die Errichtung eines Neubaus, dem der Aufsichtsrat der KABEG im Mai 2016 zustimmte.¹¹⁶ Dieses Projekt „Neubau APP“ sah eine Zusammenfassung sämtlicher vorgesehener Stationen in dem neu zu errichtenden Gebäude und eine

¹¹⁵ Ein diensthabender Assistenzarzt suchte am Abend die Patientinnen und Patienten in der Therapiewohnung auf. Die organisatorische Betreuung der Therapiewohnung übernahm eine Diplom–Gesundheits– und Krankenschwester.

¹¹⁶ Investitionsvorhaben „Neubau APP“ im Klinikum Klagenfurt mit Gesamtausgaben in Höhe von rd. 34 Mio. EUR

Reduktion der Bettenanzahl von derzeit 186 auf 148 Betten und Behandlungsplätze vor.

Die Projektunterlagen begründeten die Reduktion der Bettenanzahl damit, dass das LKH Villach gemäß dem RSG Kärnten 2020 – nach Fertigstellung des dort geplanten Neubaus mit zusätzlichen Betten (**TZ 37**) – die Vollversorgung der Region Kärnten West übernehmen sollte. Die Fertigstellung der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie neu und die Besiedlung der neuen Räumlichkeiten war nach dem Planungsstand zur Zeit der Gebarungsüberprüfung für das Jahr 2021 vorgesehen.

36.2

Der RH erachtete die räumliche Aufteilung der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Klagenfurt auf mehrere räumlich getrennte Objekte als unzweckmäßig. Er anerkannte daher die im Projekt „Neubau APP“ vorgesehene Zusammenlegung in einem Gebäude, weil diese Synergien hinsichtlich des Personaleinsatzes ermöglichen, die Überstellung von Patientinnen und Patienten (insbesondere von zwangsweise untergebrachten Personen gemäß dem Unterbringungsgesetz) zwischen den Gebäuden entbehrlich machen und die Zusammenziehung des verfügbaren Personals in Krisensituationen erleichtern würde.

Die im Projekt „Neubau APP“ vorgesehene Bettenreduktion von 186 auf 148 Betten bzw. Behandlungsplätze setzte jedoch voraus, dass das LKH Villach die im RSG Kärnten 2020 vorgesehene psychiatrische Vollversorgung der Versorgungsregion Kärnten West gewährleisten konnte; der RH verwies auf seine diesbezügliche Empfehlung in **TZ 37**.

Bauliche Situation der Psychiatrie am LKH Villach

37.1

(1) Die KABEG erhielt im Jänner 2010 die sanitätsbehördliche Bewilligung der Kärntner Landesregierung zur Errichtung einer Abteilung für Psychiatrie mit 49 Betten im bestehenden, sanitätsbehördlich bewilligten Gebäude 11 des LKH Villach. Die Bewilligung wurde u.a. mit der Auflage erteilt, binnen vier Jahren (bis Dezember 2013) eine räumliche Adaptierung der Station D auf den heute gültigen Krankenhausstandard durchzuführen oder bis zu diesem Zeitpunkt ein neues Gebäude zu errichten. Mit Bescheid vom Jänner 2015 hob die Kärntner Landesregierung die Auflage unter der Bedingung auf, dass bis Jänner 2020 ein Neubau oder eine alternative Lösung für die Psychiatrie am LKH Villach erfolgt.

Die im März 2010 neu gegründete Abteilung für Psychiatrie im LKH Villach bestand aus zwei in unterschiedlichen Stockwerken eines Gebäudes untergebrachten Stationen (Station D mit Drei- und Fünfbettzimmern ohne eigene Sanitärbereiche, Station E mit Zwei- und Vierbettzimmern) und einem mit der Abteilung für Neurologie

gemeinsam genutzten Ambulanzbereich, der nicht direkt an die stationären Bereiche angrenzte. Im Ambulanzbereich verfügte die psychiatrische Ambulanz nur über zwei Räume zur ausschließlichen Nutzung.

Die Abteilung bot – wie bereits ausgeführt – keine ausreichende Möglichkeit zur zwangsweisen Unterbringung von Personen gemäß dem Unterbringungsgesetz. Weiters sah der RSG Kärnten 2020 bzw. der Kärntner Landes–Krankenanstaltenplan für die Abteilung für Psychiatrie 96 Betten¹¹⁷ (davon zwölf Betten teilstationär) vor, während 2016 tatsächlich 53 Betten (einschließlich Psychosomatikbetten) aufgestellt waren (TZ 11).

(2) Seit 2005 plante die KABEG die Errichtung eines Neubaus auf dem Gelände des LKH Villach, der u.a. wesentliche Teile der zu erweiternden Abteilung für Psychiatrie umfassen sollte. Dadurch sollte das LKH Villach die psychiatrische Vollversorgung der Region Kärnten West sicherstellen können.

Das Projekt „Neubau West“ (Projektstart 2005), das u.a. die Errichtung von 56 psychiatrischen Betten in einem Neubau vorsah (weitere 24 Betten sollten im Altbestand verbleiben), wurde im Juni 2009 abgebrochen.

Das Projekt „Neustrukturierung Baustufe I“ im LKH Villach (Projektstart März 2010) führte das abgebrochene Projekt „Neubau West“ mit dem ebenfalls abgebrochenen Projekt „Generalsanierung Baustufe I“ zusammen. Es sah u.a. vor, wesentliche Teile der zu erweiternden Abteilung für Psychiatrie neu zu errichten. Nach Umplanungen und einer Großvorhabensprüfung durch den Kärntner Landesrechnungshof genehmigten der Vorstand und der Aufsichtsrat der KABEG die Realisierung dieses Projekts im März 2014.¹¹⁸

Der im Juni 2015 beschlossene RSG Kärnten 2020 erforderte neuerliche Umplanungen im Projekt „Neustrukturierung Baustufe I“. Unter anderem war eine Erhöhung der Bettenanzahl in der Psychiatrie um 16 Betten erforderlich. Gemäß dem zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültigen Zeitplan sollte die Inbetriebnahme der neu zu errichtenden Räumlichkeiten für die Abteilung für Psychiatrie 2021 erfolgen.

Mit der Inbetriebnahme des Neubaus soll die Abteilung für Psychiatrie insgesamt 96 Betten (Neubau inklusive Bestand) umfassen (davon zwölf Betten teilstationär). Davon sollen sich nach dem Planungsstand zur Zeit der Gebarungsüberprüfung

¹¹⁷ einschließlich zwölf Betten Psychosomatik–Erwachsene

¹¹⁸ Der Aufsichtsrat stimmte der Realisierung des Investitionsvorhabens „Neustrukturierung Baustufe 1 – LKH Villach“ mit Investitionsausgaben in Höhe von rd. 55 Mio. EUR exklusive Valorisierung mit Preisbasis Dezember 2012 (+/-10 % Kostengenauigkeit) im März 2014 zu.

70 Betten im Neubau befinden und 26 Betten räumlich getrennt im Altbestand verbleiben.

(3) Die KABEG prüfte zwar im Zeitraum 2015/2016 drei Varianten für die Einrichtung einer provisorischen geschlossenen Station (für Unterbringungen gemäß dem Unterbringungsgesetz), die bis zur Inbetriebnahme des Neubaus genutzt werden sollte, entschied jedoch, kein Provisorium zu errichten; u.a. wegen der in Relation zur Nutzungsdauer als zu hoch beurteilten Kosten und im Hinblick darauf, dass die provisorische Unterbringungsstation die während des Bauvorhabens „Neustrukturierung Baustufe I“ verfügbaren Ersatzflächen im Altbestand reduziert hätte.

37.2

Der RH beurteilte kritisch, dass die Abteilung für Psychiatrie seit Jahren die im RSG Kärnten vorgesehene Vollversorgung der Versorgungsregion Kärnten West nicht gewährleisten konnte, weil keine ausreichende Möglichkeit für Unterbringungen gemäß dem Unterbringungsgesetz bestand und die Anzahl der verfügbaren Betten zu gering war. Der RH verwies in diesem Zusammenhang auch kritisch darauf, dass

- im Bereich der Station D der gültige Krankenhausstandard, wie aus der sanitätsbehördlichen Bewilligung ersichtlich, nicht gewährleistet war,
- die Aufteilung der Stationen und des Ambulanzbereichs auf unterschiedliche Stockwerke unzweckmäßig war,
- der Abteilung für Psychiatrie kein eigener, von der Abteilung für Neurologie getrennter, ausreichend großer Ambulanzbereich zur Verfügung stand und
- die Patientinnen und Patienten teilweise in Fünfbettzimmern ohne eigenen Sanitärbereich betreut werden mussten.

Der RH kritisierte, dass die KABEG bisher keine entsprechenden baulichen Maßnahmen setzte, obwohl sie bereits seit 2005 Projekte für einen Neubau entwickelte, der u.a. wesentliche Teile der zu erweiternden Abteilung für Psychiatrie umfassen und die psychiatrische Vollversorgung für die Region Kärnten West sicherstellen sollte.

Der RH erachtete es für unzweckmäßig, dass gemäß den zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültigen Planungen nach Fertigstellung des Neubaus eine Station der Abteilung für Psychiatrie des LKH Villach mit 26 Betten von den übrigen Stationen räumlich getrennt im Altbau verbleiben sollte.

Der RH empfahl der KABEG, durch geeignete und zeitnahe Maßnahmen sicherzustellen, dass das LKH Villach die im RSG Kärnten 2020 vorgesehene psychiatrische Vollversorgung der Versorgungsregion Kärnten West und eine hohe Behandlungsqualität gewährleisten kann. Dabei wäre nach Möglichkeit die Abteilung für Psychiatrie des LKH Villach in einem Gebäude räumlich zusammenzuführen, um bspw. Ineffizienzen (etwa beim Personaleinsatz) zu vermeiden.

37.3 Laut Stellungnahme der KABEG habe die Planung einer Erweiterung und eines Neubaus der Psychiatrischen Abteilung von Beginn an das Konzept einer räumlich klar getrennten Stationseinheit mit psychosomatischem und psychotherapeutischem Schwerpunkt umfasst. Diese Station solle zukünftig zwar nicht innerhalb des Neubaus, jedoch in dessen räumlicher Nachbarschaft angesiedelt werden.

37.4 Der RH hielt gegenüber der KABEG fest, dass aus ihren Ausführungen die konkreten Gründe für die räumliche Trennung innerhalb der neu zu errichtenden Abteilung für Psychiatrie am LKH Villach für den RH nicht nachvollziehbar waren. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung, nach Möglichkeit die Abteilung für Psychiatrie des LKH Villach in einem Gebäude räumlich zusammenzuführen.

Ärztinnen und Ärzte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Hall

38.1 (1) Die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Innsbruck war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung mit 22 Betten und einer Ambulanz am Areal des LKH Innsbruck untergebracht. Aufgrund der beengten Platzverhältnisse an diesem Standort war dort eine Erweiterung der Klinik samt der im Tiroler Krankenanstaltenplan vorgesehenen Bettenaufstockung nicht möglich.

(2) Daher entschied die Tirol Kliniken GmbH – in Abstimmung mit der Medizinischen Universität Innsbruck – im Jahr 2010, die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hall neu zu bauen. Nach jahrelangen Verhandlungen beschloss das Land Tirol im November 2014 – abgestimmt mit der Medizinischen Universität Innsbruck –, auf dem Areal des LKH Hall einen aus Landesmitteln finanzierten Neubau zu errichten, der Ende 2017 in Betrieb gehen sollte.

Darin waren eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 31 Betten sowie zwölf Betten im Rahmen eines Departments für den Bereich der Psychosomatik für Kinder und Jugendliche vorgesehen. Nach vollständiger Inbetriebnahme der neuen Abteilung (= Landesprimariat) am LKH Hall sollten im LKH Innsbruck eine dislozierte Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit fünf Behandlungsplätzen sowie ein Liaison- und Konsiliardienst eingerichtet werden; der dortige stationäre Bereich sollte zur Gänze entfallen.

(3) Obwohl der Neubau im LKH Hall unmittelbare Auswirkungen auf den Fortbestand der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am LKH Innsbruck im derzeitigen Umfang bzw. auf das dort beschäftigte fachärztliche Personal der Medizinischen Universität Innsbruck (in dienstrechtlicher und ausbildungstechnischer Sicht) hatte, fehlten diesbezügliche nachvollziehbare Festlegungen.

Zwar überlegten die Tirol Kliniken GmbH und die Medizinische Universität Innsbruck 2016, einen Kooperationsvertrag betreffend die Zusammenarbeit der beiden Einrichtungen (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, –psychotherapie und –psychosomatik) abzuschließen, um einen flexiblen Personaleinsatz zu ermöglichen und weiterhin Lehre und Forschung betreiben zu können. Dieser Kooperationsvertrag, mit dem der klinische Bereich der Medizinischen Universität Innsbruck auf das Landesprimariat im LKH Hall ausgeweitet werden sollte, konnte aber aufgrund krankenanstalten-, universitäts- und dienstrechtlicher Bedenken bis August 2017 nicht umgesetzt werden.

(4) Um das für den Betrieb im LKH Hall notwendige Personal¹¹⁹ der Medizinischen Universität Innsbruck im neuen Landesprimariat im LKH Hall einsetzen und damit auch die weitere Ausbildung sicherstellen zu können, einigten sich schließlich die Tirol Kliniken GmbH und die Medizinische Universität Innsbruck im Sommer 2017 darauf, diesem Personal¹²⁰ die Übernahme in das Landesdienstverhältnis anzubieten.

Es war geplant, dem übernommenen Personal dienstvertraglich die Möglichkeit einzuräumen, 30 % seiner Arbeitszeit für Forschung und Lehre zu verwenden, zusätzlich sollte – um keine ad personam-Lösungen zu schaffen – durch eine Kooperationsvereinbarung abgesichert werden, dass jedenfalls eine bestimmte Anzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an der Abteilung einen Teil ihrer Arbeitszeit der wissenschaftlichen Arbeit widmen kann.

Diese Vereinbarung, die auf dem Universitätsgesetz 2002¹²¹ basieren und den ursprünglichen Kooperationsvertrag aus dem Jahr 2016 ersetzen sollte, befand sich Mitte August 2017 erst im Entwurfsstadium. Auch war – rund drei Monate vor der

¹¹⁹ insgesamt 3,5 VZÄ ärztliches Personal (Fachärztinnen und –ärzte, Turnusärztinnen und –ärzte in Facharzt-ausbildung) sowie drei VZÄ Psychologinnen und Psychologen

¹²⁰ Die Leiterin der Abteilung war davon nicht betroffen. Sie sollte einerseits als Universitätsprofessorin an der Medizinischen Universität Innsbruck (teil)beschäftigt sein, andererseits als Primaria ein (Teilzeit)Landesdienstverhältnis innehaben.

¹²¹ § 29 Abs. 9 Universitätsgesetz 2002; diese Bestimmung sah u.a. vor, dass sich die Medizinische Universität zur Erfüllung ihrer Aufgaben auch der Bediensteten des Rechtsträgers der Krankenanstalt bedienen konnte. Diesbezüglich war nach Zustimmung der Bundesministerin oder des Bundesministers durch die Medizinische Universität, unter Bedachtnahme auf die Leistungsvereinbarungen gemäß § 13 mit dem Rechtsträger der Krankenanstalt eine Vereinbarung mit bestimmten Inhalten (z.B. Ausmaß von Forschung und Lehre, Kostenersatz, Weisungsrecht der Rektorin bzw. des Rektors) zu treffen.

geplanten Eröffnung der neuen Abteilung im LKH Hall – noch nicht klar, ob das betroffene Personal der Medizinischen Universität Innsbruck der Übernahme in den Landesdienst zustimmen würde bzw. welche Konsequenzen eine Nicht-Zustimmung hätte (z.B. Rekrutierung von ärztlichem Personal, um alle Betten zeitgerecht in Betrieb nehmen zu können; Einsetzbarkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der um den stationären Bereich reduzierten Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Innsbruck).

38.2

Der RH hielt kritisch fest, dass trotz jahrelanger Verhandlungen über den Neubau der Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Hall nicht zeitgerecht verbindliche Festlegungen über den Fortbestand der universitären Struktur in vollem Umfang und über die Art der Kooperation zwischen der Tirol Kliniken GmbH und der Medizinischen Universität Innsbruck getroffen wurden und schließlich eine Kompromisslösung notwendig erschien.

Bis August 2017 blieb damit insbesondere die Frage des unbedingt erforderlichen flexiblen Einsatzes des Personals der beiden Einrichtungen an den Standorten LKH Innsbruck und LKH Hall ungeklärt. Dies, obwohl geplant war, die neue Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Hall bereits Ende 2017 in Betrieb zu nehmen, und die Lösung dieser Fragen sowohl für die Patientenversorgung als auch für die universitäre Forschung und Lehre und die Ausbildung der Turnusärztinnen und –ärzte von großer Bedeutung war.

Der RH wies kritisch auf das Risiko hin, dass – sollte das Personal der Medizinischen Universität Innsbruck die Übernahme in den Landesdienst ablehnen – nicht alle Betten der neuen Abteilung zum geplanten Zeitpunkt in Betrieb genommen werden können, weil erst neues Personal rekrutiert werden müsste. In diesem Fall bliebe auch offen, wie – angesichts der Tatsache, dass der stationäre Bereich im LKH Innsbruck zur Gänze entfällt – das Personal der Medizinischen Universität am Standort Innsbruck eingesetzt werden soll.

38.3

Laut Stellungnahme der Tirol Kliniken GmbH sei die Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Hall wie geplant Ende November 2017 in Betrieb genommen worden. Weiters wies die Tirol Kliniken GmbH darauf hin, dass auch die Personalfragen, die im August 2017 im Hinblick auf die Inbetriebnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch nicht geregelt waren, rechtzeitig vor Aufnahme des Betriebs einer Lösung zugeführt hätten werden können. Der Kooperationsvertrag mit der Medizinischen Universität Innsbruck sei zwischenzeitlich abgeschlossen worden. An der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie seien alle geplanten Betten und damit sämtliche Spezialbereiche in Betrieb genommen worden.

Facharztausbildung

39.1

(1) Die Ausbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin war im Ärztegesetz 1998¹²² und in der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015¹²³ geregelt.

(2) Die ärztliche psychiatrische Ausbildung war in den letzten Jahrzehnten umfangreichen Änderungen unterworfen, was sich auch in der Fachbezeichnung widerspiegelte¹²⁴; mit der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006¹²⁵ wurde die Fachbezeichnung „Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin“ etabliert und ein eigenes Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie geschaffen¹²⁶, das 2015 um die Psychotherapeutische Medizin erweitert wurde.

(3) Sowohl für die Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin galten erleichternde Bestimmungen¹²⁷ betreffend die an einer Abteilung mögliche Zahl an fachärztlichen Ausbildungsstellen, um den schon länger bestehenden Mangel an fachärztlichem Personal in beiden Fächern beheben zu können (sogenannte Mangelfachregelung)¹²⁸. Diese Erleichterung betraf die Anzahl der für Aufsicht sowie Anleitung der Turnusärztinnen und -ärzte erforderlichen Fachärztinnen und -ärzte.

(4) Die Dichte an fachärztlichem Personal im Bereich der Psychiatrie war in Österreich deutlich niedriger als etwa in Deutschland, in der Schweiz oder im Norden Europas und lag unter dem OECD-Schnitt.

¹²² BGBl. I Nr. 169/1998 i.d.g.F

¹²³ BGBl. II Nr. 147/2015

¹²⁴ Die Psychiatrie war über viele Jahre eng mit der Neurologie verknüpft, die Ausbildung erfolgte im Sonderfach Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie. 1994 erfolgte die Trennung in Neurologie einerseits und Psychiatrie andererseits.

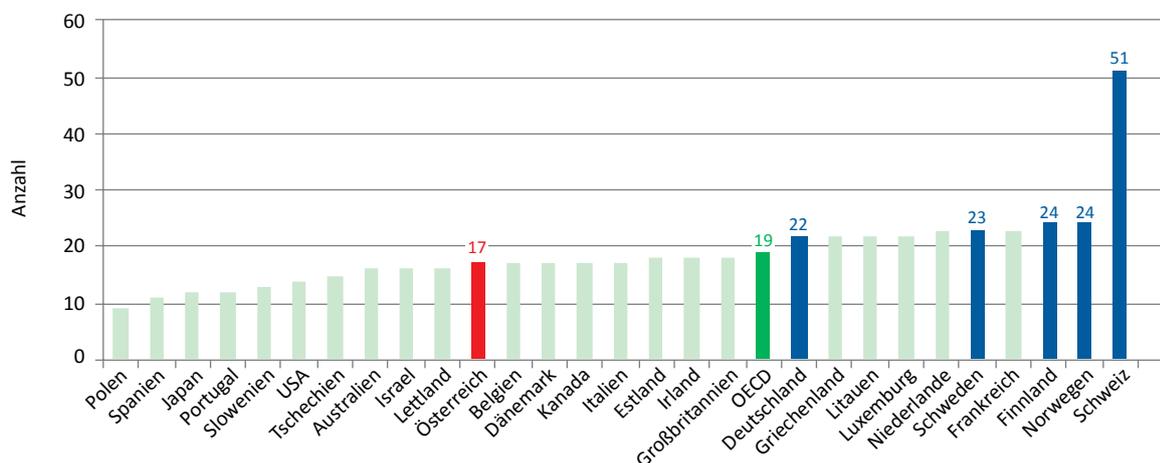
¹²⁵ BGBl. II Nr. 286/2006, in Kraft getreten im Februar 2007

¹²⁶ Vorher war die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Additivfach zur Psychiatrie, Neurologie oder Pädiatrie.

¹²⁷ Für die Bewilligung der ersten vier Ausbildungsstellen an einer Ausbildungsstätte wurde die Anleitung und Aufsicht der Turnusärztinnen und -ärzte durch zwei Fachärztinnen bzw. -ärzte als ausreichend angesehen. Für jede weitere Ausbildungsstelle war eine weitere Fachärztin bzw. ein weiterer Facharzt in Vollzeitbeschäftigung (oder auch mehrere teilzeitbeschäftigte Fachärztinnen und -ärzte im Ausmaß einer Vollzeitbeschäftigung) zu beschäftigen.

¹²⁸ § 10 Abs. 5 Ärztegesetz 1998 i.V.m. § 37 Abs. 1 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015

Abbildung 2: Anzahl an Psychiaterinnen und Psychiatern pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in OECD-Ländern – 2016 (bzw. letztverfügbares Jahr)



Quellen: OECD; RH

Auch das Ministerium thematisierte eine Ausbildungsinitiative zur Erhöhung der Anzahl an (auch kinder- und jugend)psychiatrischen Fachärztinnen und –ärzten im stationären sowie ambulanten Bereich.¹²⁹ Der Zielsteuerungsvertrag des Bundes 2017 – 2021 hatte u.a. die Erhöhung des ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots zum Ziel.

(5) Alle überprüften Krankenanstalten bildeten – in unterschiedlichem Ausmaß – fachärztliches Personal für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin aus, das Klinikum Klagenfurt und das LKH Innsbruck auch fachärztliches Personal für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin.

In Kärnten beschloss die Gesundheitsplattform¹³⁰ im Dezember 2016 die Finanzierung von jeweils zwei zusätzlichen Ausbildungsstellen in der Erwachsenen- und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, um verstärkt fachärztlichen Nachwuchs – auch im Hinblick auf den geplanten Ausbau von Ambulatorien für psychisch kranke Menschen – ausbilden zu können.

In Tirol waren sowohl im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Facharzt-Kassenstellen unbesetzt. Der Neubau der Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Hall und die damit verbundene Erhöhung der Bettenkapazitäten erforderten zusätzliches fachärztliches Personal.

¹²⁹ Zum künftigen Bedarf an Psychiaterinnen und Psychiatern in Österreich siehe auch die Studie des Instituts für Höhere Studien „Abschätzung des zukünftigen Bedarfs an Psychiatern in Österreich“, November 2011.

¹³⁰ ein Organ des Kärntner Gesundheitsfonds

Die Besetzung insbesondere von kinder- und jugendpsychiatrischen Ausbildungsstellen mit Turnusärztinnen und –ärzten gestaltete sich nach Angaben der überprüften Krankenanstaltenträger bzw. Krankenanstalten mangels ausreichender Nachfrage schwierig.

39.2

Der RH wies darauf hin, dass die Zahl der Psychiaterinnen und Psychiater in Österreich unter dem OECD-Schnitt lag; sie war etwa deutlich geringer als in Deutschland, in der Schweiz oder im Norden Europas.

Hinzu kam, dass durch psychische Erkrankungen bedingte Krankenstände stark anstiegen, bereits jetzt Kassenstellen nicht besetzt werden konnten und für die nächsten Jahre u.a. ein Ausbau der ambulanten psychiatrischen bzw. psychosozialen Versorgung geplant war. Darüber hinaus war es gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie schwierig, die fachärztlichen Ausbildungsstellen zu besetzen.

Vor diesem Hintergrund empfahl der RH dem Ministerium, den künftigen Bedarf an (auch kinder- und jugend)psychiatrischen Fachärztinnen und –ärzten zu ermitteln. Weiters empfahl er dem Ministerium sowie den Ländern Kärnten und Tirol, gemeinsam mit den Krankenanstaltenträgern dementsprechende (Ausbildungs)Maßnahmen zu setzen bzw. auf solche hinzuwirken, um den fachärztlichen Nachwuchs im Bereich der Psychiatrie für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene zu fördern und langfristig eine qualitätsvolle sowie bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker Menschen sicherzustellen.

39.3

(1) Betreffend den künftigen Bedarf teilte das Ministerium in seiner Stellungnahme mit, dass die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit im Zielsteuerungsvertrag 2017 – 2021 mit dem operativen Ziel 2 vereinbart hätten, „Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherzustellen“. Als eine Maßnahme dazu auf Bundesebene sei der „Aufbau eines zeitnahen, transparenten und gut definierten Analysewesens (IT-Tool) als gemeinsame Grundlage für die Planung der Personalressourcen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich mit dem Ziel der Bedarfsdeckung mit adäquat ausgebildetem Gesundheitspersonal“ vereinbart. Die Entwicklung dieses IT-Tools sei derzeit in Arbeit bzw. werde am Beispiel des Bedarfs im Bereich Allgemeinmedizin getestet und solle in weiterer Folge auf alle Fachrichtungen (u.a. auch Kinder- und Jugendpsychiatrie) erweitert werden.

Laut Ministerium habe sich die Anzahl an Fachärztinnen und –ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie seit der Schaffung des Sonderfachs im Jahr 2007 von damals 38 auf mittlerweile rd. 200 erhöht. Die Ausbildungskapazitäten hätten durch die

„Mangelfach–Verordnung“ das höchstmögliche Ausmaß erreicht. Allerdings müssten bislang nicht besetzte Ausbildungsplätze noch besetzt werden.

Unter dem Gesichtspunkt, dass die Kernkompetenz der Kinder– und Jugendpsychiatrie die Versorgung von psychischen und Verhaltensstörungen sei, könne – zumindest die stationäre Versorgung betreffend – kein steigender Bedarf festgestellt werden. Da Patientinnen und Patienten mit anderen psychischen und psychosozialen Erkrankungen auch im Bereich von anderen Fachrichtungen behandelt werden sollten und könnten, sei etwa eine vertiefte Ausbildung für Psychosomatik implementiert worden.

Weiters verwies das Ministerium auf das im ÖSG 2017 definierte modulare Versorgungsmodell (vorrangig multiprofessionelle niederschwellige Versorgungsangebote im ambulanten Bereich, Umsetzung der Angebote im komplementären Bereich (Sozialbereich) u.a. in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen, Bilden von regionalen sozialpsychiatrischen Netzwerken bzw. kinder– und jugendpsychiatrischen Netzwerken unter Einbeziehung aller Anbieterstrukturen etc.).

(2) Das Land Kärnten verwies in seiner Stellungnahme auf die Konstituierung des Psychiatriebeirats Ende Juni 2018. Tagesordnungspunkt werde u.a. der fachärztliche Nachwuchs mit dementsprechenden Initiativen sein. Um den fachärztlichen Nachwuchs zu fördern, finanziere der Kärntner Gesundheitsfonds zusätzliche Ausbildungsstellen im Bereich der Psychiatrie. Das Land Kärnten habe grundsätzlich wenige Möglichkeiten, auf den Fachärztemangel direkt einzuwirken. Hier seien insbesondere die KABEG bzw. die Ärztekammer gefordert.

(3) Das Land Tirol sagte die Umsetzung der Empfehlung des RH zu. Es stehe in engem Kontakt mit den in Betracht kommenden Trägern der öffentlichen Krankenanstalten, damit diese auf Basis der Vorgaben der neuen Ärzteausbildungsordnung die notwendigen Maßnahmen setzen. Die Sicherung des bedarfsgerechten Nachwuchses an erforderlichen Fachärztinnen und –ärzten sei von sehr großer Bedeutung.

39.4

Der RH nahm die vom Ministerium dargestellten geplanten Maßnahmen betreffend die Ermittlung des Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten positiv zur Kenntnis. Er stellte ausdrücklich klar, dass sich seine Empfehlungen nicht nur auf den Bereich Kinder– und Jugendpsychiatrie, sondern auch auf die Erwachsenenpsychiatrie bezogen.

Hinsichtlich des ärztlichen Bedarfs im stationären kinder– und jugendpsychiatrischen Bereich wies der RH darauf hin, dass die im ÖSG 2017 definierte Bettenmessziffer mit einer Bandbreite von 0,08 bis 0,13 bundesweit deutlich unterschritten

wurde (Bundesdurchschnitt 2015: 0,05, **TZ 13**) und das LKF-System eine bestimmte ärztliche Versorgung bezogen auf die Anzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Betten definierte (**TZ 26**). Aus einer allfälligen Erhöhung der Bettenzahl in diesem Bereich könnte daher ein entsprechend höherer Bedarf an ärztlichem Personal resultieren. Weiters wies der RH darauf hin, dass durch psychische Erkrankungen bedingte Krankenstände stark anstiegen, bereits jetzt Kassenstellen nicht besetzt werden konnten und für die nächsten Jahre u.a. ein Ausbau der ambulanten psychiatrischen bzw. psychosozialen Versorgung geplant war.

Aus den genannten Gründen hielt der RH eine fundierte und zeitnahe Ermittlung des künftigen fachärztlichen Bedarfs im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie für wesentlich, um eine diesbezügliche qualitätsvolle Versorgung sicherstellen zu können. Darüber hinaus bedurfte es nach Ansicht des RH auch der Entwicklung von Maßnahmen, um einen ausreichenden ärztlichen Nachwuchs im Bereich der Psychiatrie zu gewährleisten.

Schlussempfehlungen

40 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; Land Kärnten; Land Tirol

- (1) Die Eignung der im Rahmen der Studie zur psychischen Gesundheit in Österreich erhobenen Daten für die weiteren Planungen und Maßnahmen im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen wäre zu prüfen und, falls erforderlich, wären ergänzende Untersuchungen durchführen zu lassen, um eine bedarfsgerechte Versorgung in diesem Bereich sicherstellen zu können. (TZ 3)
- (2) Auf Basis der Ergebnisse der Ermittlung des künftigen Bedarfs an (auch kinder- und jugend)psychiatrischen Fachärztinnen und –ärzten wären gemeinsam mit den Krankenanstaltenträgern dementsprechende (Ausbildungs) Maßnahmen zu setzen bzw. auf solche hinzuwirken, um den fachärztlichen Nachwuchs im Bereich der Psychiatrie für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene zu fördern und langfristig eine qualitätsvolle sowie bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker Menschen sicherzustellen. (TZ 39)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

- (3) Vor dem Hintergrund, dass die Anzahl der Psychatriebetten in Österreich im OECD-Vergleich bzw. im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz geringer war, wäre die Thematik Psychatriebetten in Österreich einer grundsätzlichen gesamthaften Evaluierung zu unterziehen. (TZ 10)
- (4) Eine Klarstellung des Begriffs systemisiertes Bett gegenüber den Ländern wäre vorzunehmen; so wäre etwa zu erläutern, ob die bescheidmäßige Genehmigung eines Organisationsplans oder einer Anstaltsordnung als Systemisierung von Betten gewertet werden kann. Dies, um etwa für bundesweite Planungen bzw. Planungsvorgaben oder Vergleiche über valide Daten zu verfügen. (TZ 12)
- (5) Es wäre auf eine Klarstellung hinzuwirken, in welcher Weise die im Modell der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung beim therapeutischen Personal der nunmehrigen Abteilungsgruppe 01 angeführten Berufsgruppen (alle oder abhängig vom Leistungsangebot und vom Patientenbedarf) zur Verfügung zu stellen waren. (TZ 24)

- (6) Im Hinblick auf die offensichtlichen Interpretationsunterschiede bei der Berechnung des multiprofessionellen Teams in Kinder- und Jugendpsychiatrien nach dem Modell der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wäre auf eine Klarstellung dieser verbindlichen Vorgaben des Modells hinzuwirken, um einheitliche (Qualitäts)Standards sicherzustellen. (TZ 27)
- (7) Es wäre zu prüfen, ob – unter strikter Gewährleistung des Datenschutzes und möglichst unter Nutzung der bereits bestehenden Erfassungssysteme – österreichweit eine einheitliche Dokumentation sowohl der Unterbringungen als auch der weitergehenden Beschränkungen sichergestellt werden kann, um die Transparenz in diesem sensiblen Bereich erhöhen und Freiheitsbeschränkungen bzw. Zwangsmaßnahmen österreichweit vergleichen und analysieren zu können. (TZ 28)
- (8) Der künftige Bedarf an (auch kinder- und jugend)psychiatrischen Fachärztinnen und –ärzten wäre zu ermitteln. (TZ 39)

Land Kärnten; Land Tirol

- (9) Die Ergebnisse der Krankenanstalten hinsichtlich der Ursachen für die über- bzw. unterdurchschnittlichen Verweildauern wären gemeinsam mit dem Zielsteuerungspartner auch in Zusammenhang mit der Planung des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebots außerhalb der Krankenanstalten zu berücksichtigen, um eine Versorgung am Best Point of Service sicherzustellen und nicht erforderliche, vergleichsweise teurere Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. (TZ 20)
- (10) Es wären gemeinsam mit der Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG bzw. der Tirol Kliniken GmbH die Ursachen für den starken Anstieg an Unterbringungsfällen bei Kindern und Jugendlichen zu ermitteln; dies, um gegebenenfalls konkrete psychiatrische bzw. psychosoziale Versorgungsdefizite außerhalb der Krankenanstalten identifizieren zu können, deren Behebung Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen bereits im Vorfeld verhindern bzw. reduzieren könnte. Darüber hinaus waren solche Informationen auch für die Planung der Unterbringungskapazitäten wesentlich. (TZ 31)

Land Kärnten

- (11) Es wäre auf die Definition von Zielen und bedarfsgerechten Maßnahmen samt entsprechenden Indikatoren für die gesamthafte Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen im neuen Landes–Zielsteuerungsübereinkommen hinzuwirken; dies auch in Umsetzung der Festlegungen des neuen Zielsteuerungsvertrags des Bundes. (TZ 8)
- (12) Im Zuge der geplanten Einrichtung der Psychiatriekoordination wäre auch auf eine klare Definition der Aufgaben und Zuständigkeiten hinzuwirken. (TZ 8)
- (13) Auf die Überarbeitung des Regionalen Strukturplans Gesundheit Kärnten 2020 in Abstimmung mit dem neuen Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 wäre hinzuwirken und auf Basis der in der Folge verbindlich gemachten Krankenanstaltenplanung wäre eine Systemisierung der Betten (und Zuordnung der Betten zu den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik) vorzunehmen. (TZ 11)

Land Tirol

- (14) (a) Die bereits im Landes–Zielsteuerungsvertrag 2013 – 2016 geplanten Konzepte wären gemeinsam mit dem Zielsteuerungspartner zu erstellen und entsprechende Maßnahmen im neuen Landes–Zielsteuerungsübereinkommen wieder vorzusehen bzw. zu spezifizieren.

(b) Die Konzepte sollten in Abstimmung mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 konkrete Maßnahmen definieren sowie einen realistischen Zeitplan und ein aussagekräftiges Finanzierungskonzept enthalten.

(c) Außerdem wären regelmäßige gesamthafte Evaluierungen der Umsetzung und der Zweckmäßigkeit der getroffenen Maßnahmen insbesondere im Hinblick auf den bestehenden Bedarf durchzuführen, um gegebenenfalls notwendige Adaptierungen vornehmen zu können.

(d) Der neue Zielsteuerungsvertrag des Bundes wäre zu berücksichtigen. (TZ 8, TZ 13, TZ 18)
- (15) Auf eine Aktualisierung und Konkretisierung der Definition der Aufgaben und Zuständigkeiten der nunmehrigen Psychiatrie– und Suchtkoordination wäre hinzuwirken. (TZ 8)

- (16) Es wäre ehestens auf die Erstellung eines neuen Regionalen Strukturplans Gesundheit für den stationären Bereich in Abstimmung mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 hinzuwirken. Auf Basis der in der Folge verbindlich gemachten Krankenanstaltenplanung wäre eine der verbindlichen Planung entsprechende Systemisierung der Betten bzw. eine Zuordnung der Betten zu den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik vorzunehmen. (TZ 9, TZ 12)
- (17) Die für die Kinder- und Jugendpsychiatrie geplante Bettenzahl wäre zu evaluieren und dies nach Inbetriebnahme der neuen Abteilung im Landeskrankenhaus Hall regelmäßig zu wiederholen; dies in Abstimmung mit dem neuen Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 und dem geplanten Ausbau bzw. der Verbesserung des Angebots außerhalb der Krankenanstalten, um eine adäquate Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sicherzustellen. (TZ 13)

Land Tirol; Tirol Kliniken GmbH

- (18) Im Hinblick auf die Auslastung der Forensik im Landeskrankenhaus Hall von zuletzt 111,5 % wären unter Berücksichtigung des Patientenwohls Lösungen zur Senkung der Auslastung bzw. zur Entlastung des Personals zu suchen, um eine hohe Behandlungsqualität gewährleisten zu können. (TZ 18)

Kärntner Gesundheitsfonds

- (19) (a) Eine Zuordnung der psychiatrischen Stationen bzw. Abteilungen zur nunmehrigen Abteilungsgruppe 01 wäre dergestalt vorzunehmen, dass sie nicht individuell auf die Schwere der Erkrankung der Patientin bzw. des Patienten, sondern auf die (Mindest-)Personalausstattung der Station abstellt, auf der sich diese bzw. dieser überwiegend aufhält.
- (b) Weiters wäre auf die Einhaltung der im Modell der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung verbindlich vorgesehenen Voraussetzungen für die Einstufung in die nunmehrige Abteilungsgruppe 01 zu achten und diese in regelmäßigen Zeitabständen nachweislich zu überprüfen; dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der Neueinstufung aufgrund des Modells der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung 2017. (TZ 24)
- (20) Auch im Sinne der Qualitätssicherung wäre die Einhaltung der Vorgaben und Empfehlungen des Systems der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung durch die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie regelmäßig nachweislich zu überprüfen. (TZ 27)

Tiroler Gesundheitsfonds

(21) (a) Mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz wäre zu klären, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen die Anerkennung von ärztlichen Leistungen als Leistungen des therapeutischen Personals im Sinne der Kriterien der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung und die Anerkennung von personellen Unterstützungsleistungen durch andere Stationen bzw. eine gesamthafte Berechnung dem Modell der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung entsprachen.

(b) Für den Fall, dass ärztliche Leistungen als Leistungen von Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne der Kriterien der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung anerkannt werden können, wären Nachweise zu fordern, mit welcher Qualifikation und in welchem Umfang die Ärztinnen und Ärzte tatsächlich psychotherapeutisch tätig waren.

(c) Auf die Einhaltung der im Modell der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung verbindlich vorgesehenen Voraussetzungen für die Einstufung in die nunmehrige Abteilungsgruppe 01 wäre zu achten und diese in regelmäßigen Zeitabständen nachweislich zu überprüfen; dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der Neueinstufung aufgrund des Modells der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung 2017. (TZ 25)

Tiroler Gesundheitsfonds; Tirol Kliniken GmbH

(22) Auch im Sinne der Qualitätssicherung wäre die Einhaltung der Vorgaben und Empfehlungen des Systems der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sicherzustellen und regelmäßig nachweislich zu überprüfen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass in der neuen Abteilung im Landeskrankenhaus Hall mehr Betten als bisher vorgehalten werden. (TZ 27)

Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG; Tirol Kliniken GmbH

(23) Im Hinblick auf die Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit wären in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Konsiliar- und Liaisondienste für psychisch kranke Menschen auf- bzw. auszubauen. (TZ 15)

Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG

- (24) Es wäre durch geeignete und zeitnahe Maßnahmen sicherzustellen, dass das Landeskrankenhaus Villach die im Regionalen Strukturplan Gesundheit Kärnten 2020 vorgesehene psychiatrische Vollversorgung der Versorgungsregion Kärnten West und eine hohe Behandlungsqualität gewährleisten kann. Dabei wäre nach Möglichkeit die Abteilung für Psychiatrie des Landeskrankenhauses Villach in einem Gebäude räumlich zusammenzuführen, um bspw. Ineffizienzen (etwa beim Personaleinsatz) zu vermeiden. (TZ 18, TZ 37)

Tirol Kliniken GmbH

- (25) (a) Gemeinsam mit der Medizinischen Universität Innsbruck wäre zu prüfen, ob nicht eine weniger kleinteilige Organisation des Departments für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Landeskrankenhaus Innsbruck eine bessere Kooperation bzw. einen zweckmäßigeren Ressourceneinsatz ermöglichen würde.
- (b) Jedenfalls wären aber geeignete Maßnahmen zu treffen, um die bestehenden Abgrenzungsprobleme bzw. Kompetenzüberschneidungen zu vermeiden sowie die bestehende Wartezeitenproblematik zu lösen. (TZ 16, TZ 18)
- (26) Es wären – vor dem Hintergrund der vergleichsweise hohen Kosten des Therapie- und Gesundheitszentrums Mutters – rasch (organisatorische) Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, um eine qualitätsvolle Versorgung, aber gleichzeitig auch einen wirtschaftlicheren Betrieb sicherzustellen. (TZ 18)

Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG; Tirol Kliniken GmbH; Landeskrankenhäuser Villach, Innsbruck, Hall

- (27) Es wären spezielle, auf die Anforderungen der Psychiatrien abgestimmte Vorgaben und Prozessdarstellungen für das Entlassungsmanagement zu entwickeln, allen involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung zu stellen sowie deren Einhaltung regelmäßig zu evaluieren. (TZ 33)

Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG; Tirol Kliniken GmbH; Klinikum Klagenfurt; Landeskrankenhäuser Villach, Innsbruck, Hall

- (28) (a) Klare Vorgaben bzw. Prozesse für die Organisation von Nachbetreuungsplätzen wären zu entwickeln, um eine integrierte Versorgungskette für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.
- (b) Gemeinsam mit den Ländern wären Möglichkeiten für einen vollständigen transparenten (automationsunterstützten) Überblick über das psychiatrische bzw. psychosoziale Angebot bzw. freie Plätze außerhalb der Krankenanstalt zu prüfen.
- (c) Auf eine vollständige Meldung der Nebenbeschäftigungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wäre hinzuwirken, um Unvereinbarkeiten zu vermeiden und die Zulässigkeit der Nebenbeschäftigungen sicherzustellen. (TZ 35)

Klinikum Klagenfurt und Landeskrankenhaus Villach (Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG); Landeskrankenhäuser Innsbruck, Hall (Tirol Kliniken GmbH)

- (29) Angesichts der Änderungen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 wären die Rahmenbedingungen der psychiatrischen Organisationseinheiten in Hinblick auf die Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 zu evaluieren und erforderlichenfalls entsprechend anzupassen. (TZ 6)
- (30) Die Ursachen für die über- bzw. unterdurchschnittlichen Verweildauern wären zu ermitteln und auf Basis der Ergebnisse entsprechende Maßnahmen zu setzen. (TZ 20)

Landeskrankenhäuser Innsbruck, Hall (Tirol Kliniken GmbH)

- (31) Es wäre ein regelmäßiger Informationsaustausch mit anderen Versorgungsbereichen für psychisch Kranke zu institutionalisieren. (TZ 34)

Landeskrankenhaus Villach (Landeskrankenanstalten–Betriebsgesellschaft – KABEG)

- (32) Durch Vorortbesichtigungen von Nachbetreuungseinrichtungen wäre eine umfassende sowie aktuelle Beratung der psychiatrischen Patientinnen und Patienten sicherzustellen. (TZ 34)

Anhang: Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger

Anmerkung: Im Amt befindliche Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in **Fettdruck**

Tirol Kliniken GmbH

Aufsichtsrat

Vorsitz

HR Dr. Dietmar Schennach (seit 29. Juli 2009)

Stellvertretung

Prof. Dr. Christoph Huber (seit 29. Juli 2009)

Geschäftsführung

Mag. Stefan Deflorian (seit 1. Februar 2008)

Univ.-Prof. Dr. Christian J. Wiedermann (seit 1. Oktober 2017)



Rechnungshof
Österreich

Wien, im November 2018

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R
—
H

